AUS DER KÖNIGL. HEILANSTALT WINNENTAL, WÜRTTEMBERG.
(DIREKTOR: MEDIZINALRAT DR. HEINRICH KREUSER.)

ZUR DIFFERENTIALDIAGNOSE ZWISCHEN HEBEPHRENIE UND HYSTERIE

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE IN DER MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

PROFESSOR DR. ROBERT GAUPP

O. Ö. PROFESSOR DER MEDIZIN, VORSTAND DER KLINIK FÜR GEMÜTS- UND NERVENKRANKHEITEN ZU TÜBINGEN

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN

VORGELEGT VON

FRITZ KREUSER

AUS WINNENDEN

BERLIN
DRUCK VON GEORG REIMER
1913

AUS DER KÖNIGL. HEILANSTALT WINNENTAL, WÜRTTEMBERG.
(DIREKTOR: MEDIZINALRAT DR. HEINRICH KREUSER.)

ZUR DIFFERENTIALDIAGNOSE ZWISCHEN HEBEPHRENIE UND HYSTERIE

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE IN DER MEDIZIN CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

PROFESSOR DR. ROBERT GAUPP

O. Ö. PROFESSOR DER MEDIZIN, VORSTAND DER KLINIK FÜR GEMÜTS- UND NERVENKRANKHEITEN ZU TÜBINGEN

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN

VORGELEGT VON

FRITZ KREUSER
AUS WINNENDEN

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

BERLIN
DRUCK VON GEORG REIMER
1913

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen. Referent: Professor Dr. R. Gaupp.

Sonder-Abdruck aus Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 70.
Herausgegeben von Sanitätsrat Dr. H. Laehr.
Verlag von Georg Reimer, Berlin.

Meinem Vater

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547017_0093

Wenn wir die Reihen der psychisch Kranken durchgehen oder uns auf einer neuen Krankenabteilung umsehen, so fallen uns einige Patienten sofort durch ihre eigenartige Stellung zum Arzte auf. Der Größenideen produzierende Paralytiker ist voll Freundlichkeit und Herablassung, der Manische flicht rasch die Person des Arztes in seine ideenflüchtige Rede, der Paranoiker überhäuft ihn mit Vorwürfen und Schimpfreden, der Hebephrene bleibt durch sein Erscheinen unberührt, lacht höchstens schrill auf und versinkt dann wieder in seine geistige Wirrnis; aber eine Klasse bleibt, die sich teils im Hintergrund hält mit einer äußeren Auffälligkeit, teils auffallend ruhig zu sein scheint, sich aber etwas vorne hinstellt, um ja nicht vergessen zu werden. Wird der betreffende Patient vergessen, so ist er gekränkt, ja, er sucht vielleicht noch rasch eine Szene zu provozieren, um sich bemerkbar zu machen. Und nicht nur der geschulte Arzt, sondern auch das Pflegepersonal sagt mit wichtiger Betonung: „Ja, der oder die ist schwer hysterisch." Der Laie sagt es in der bestimmten Meinung, einen übertreibenden oder eingebildeten Kranken vor sich zu haben, der Arzt denkt sich irgend einen schwer definierbaren Begriff unter der Hysterie. Keinem von beiden ist es aber entgangen, daß solche Kranke in der Behandlung besondere Schwierigkeiten bereiten, daß sie manchmal auf rein äußere Einflüsse oft geringfügiger Natur hin schlechter, bzw. besser in ihrem Befinden geworden sind. Daß tatsächlich solche Kranke, bzw. die Form ihrer Erkrankung von jeher das ärztliche und wissenschaftliche Interesse besonders in Anspruch

genommen haben, zeigt sich aus der großen Anzahl von Büchern und Schriften, die über die Hysterie geschrieben worden sind. Die hysterische psychopathische Konstitution, das hysterische Irresein, die eigentlich nur Erscheinungsformen der Krankheit Hysterie darstellen, die ja ebenso gut als schwere körperliche Erkrankung auftreten kann, sind heute der Tummelplatz zahlreicher Forscher. Doch Hysterisch-psychotische sind auch die Freude des Arztes, sieht er doch bei ihnen am ehesten unter seinen unglücklichen Geisteskranken, wie seine Person zu wirken vermag, wie er durch ärztliche Kunst und richtiges Verständnis, das er den Kranken entgegenbringt, ihnen Erleichterung und Hoffnungsfreudigkeit in ihrem schweren Leiden zu geben vermag, wie er sie oft nach seinem Gutdünken lenken kann, solange er nur den letzten Trumpf, das unbedingte Vertrauen seiner Kranken, nicht verspielt hat. Und dieses Interesse, das auch ich an meinen hysterisch Kranken gehabt habe, veranlaßte mich, näher auf ihre Krankheitsäußerungen einzugehen. Zu diesem Zweck habe ich mir eine Einzelaufgabe herausgewählt, die engeres psychiatrisches Interesse hat, nämlich die Beziehungen von Hysterie und Hebephrenie, die Fragen der Diagnose bzw. Differentialdiagnose, der Möglichkeit der Kombination beider und der Ausgänge.

Da ich nun bevorzuge, nur Krankengeschichten solcher Patienten zu nehmen, die ich selbst länger beobachtet habe, ist es mir leider nicht möglich gewesen, einen geeigneten Fall männlicher Hysterie zu beschreiben, sondern ich muß mich auf fünf besonders interessante Krankengeschichten weiblicher Patienten beschränken. Sie stammen aus der Kgl. Heilanstalt Winnental, die Kranken befanden sich bis zum Abschluß der Arbeit sämtlich in der Anstaltsbehandlung und ich hatte schon während meiner letzten Studiensemester Gelegenheit, die Kranken kennen zu lernen und mich mit dem Verlauf ihrer Psychosen zu befassen. Eine Ausnahme bildet die fünfte Kranke, die erst seit einem Vierteljahr in Winnental ist. Die außerordentlich verwickelte Verlaufsform solcher Psychosen hat mein erstes psychiatrisches Interesse gefangen genommen, und um mich über die sich anknüpfenden Fragen auszulassen, fand ich eine willkommene Stütze in *Nissls* Aufsatz über „Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen", der in dieser Frage eine Art Markstein bildet. Mannigfache Anregung verdanke ich ferner Herrn Prof. Dr. *Gaupp*.

Bevor wir unserer Aufgabe nähertreten, bedarf es noch einer Definition der beiden Krankheitsbegriffe, von denen die eine, die Hebephrenie, sich wohl klarer verständlich machen läßt als die Hysterie.

Der Name und Begriff der Dementia praecox ist in der letzten Zeit auf sehr weite Gebiete ausgebreitet worden. *Kraepelin* selbst scheint nie so eifrig in dieser Ausdehnung gewesen zu sein, er beschränkt durch Abschnürung von paranoischen Formen, der Paraphrenie, neuerdings wieder, aber *Bleuler* u. a. fassen den Begriff der Dementia praecox sehr weit. Ich ziehe die Grenzen der Hebephrenie etwa in dem Sinne, wie sie *Sommer* für den primären Schwachsinn und vor allem *Ziehen* für die Dementia hebephrenica zieht, nur mit der einen Bedingung, daß sie recht viel häufiger ist (das kann ich wenigstens für unsere Verhältnisse annehmen), als *Ziehen* das zuzugeben scheint. Berechtigt ist zweifellos die Dreiteilung in mehr einfach hebephrenische, katatonische und paranoide Formen, wenn auch der Idealfall eine Mischung darstellt, bei der einmal mehr das und das andere Mal mehr jenes Zustandsbild vorherrscht; denn der Wechsel selbst, das Auftreten von oft eigentümlich gegensätzlich erscheinenden Bildern, ist ja ein Charakteristikum der Krankheit. Einmal schwankt der scheinbare Affekt sehr leicht: Lachen und Weinen, läppisches Gebahren und unmotivierter, dem Beschauer komisch erscheinender Zorn mit impulsiven Handlungen wechseln, die motorischen Erscheinungen können von stärkster Spannung und Negativismus in Katalepsie mit Befehlsautomatie übergehen, die Wahnbildungen wechseln ebenfalls rasch und sind oft eigentümlich wenig affektbetont. Bei allen Fällen aber müssen zwei Erscheinungen als charakteristisch hervorgehoben werden, die das psychische Leben der Hebephrenen mit merkwürdiger Konstanz durchziehen, die Trennung zwischen Affekt und Intellekt und die psychische Koordinationsstörung. Jedenfalls ist es wunderbar bei der hochgradigen Feinheit unseres Gehirnaufbaus, daß eine Erkrankung, die doch mit größter Wahrscheinlichkeit eine Schädigung des Gehirns bedingt, auf psychischem Gebiet so konstante Änderungen hervorbringt, daß man beinahe sagen könnte, dieser Zerstörungsprozeß kommt auf psychischem Gebiet dem Veröden der Affekte gleich. *Jung*, der die Sache umgekehrt faßt, und meint, daß ein Komplex durch seine Wirkung Psychotoxin und dieses dann wieder Dementia praecox verursacht, steht mit dieser Auffassung allein, *Bleuler* schreibt dem Komplex nur inhaltgebende Wirkung auf die Äußerungen der Dementia-praecox-Kranken zu. Rein klinisch genommen hätten wir

eine Erkrankung vor uns, die in zweifellosem Zusammenhang mit der Vollendung des Wachstumsalters — ob mit der Pubertät in sexuellem Sinne, ist viel fraglicher — steht und deshalb vorwiegend im dritten Lebensjahrzehnt, manchmal, wie wir bei unserer Kranken II sehen werden, auch erst im vierten Lebensjahrzehnt zum Ausbruch kommt. Bei den klinischen Erscheinungen sollten wir die Dissoziierung des affektiven und intellektuellen Lebens nicht vermissen, d. h. also das Auftreten eines progressiven Affektzerfalls; doch ist hier auf das Nachdrücklichste vor der vorzeitigen Annahme „affektiver Verblödung" zu warnen, vor allem bei Kranken zu warnen, die in Stupor- oder motorischen Spannungszuständen liegen. Wenn diese Zustände auch am häufigsten im Lauf der Hebephrenie auftreten, so dürfen wir sie diagnostisch doch nicht überschätzen, wie auch *Bonhöffer*, *Meyer* und *Stransky* hervorheben, sondern erst ihre Lösung abwarten und dann schizophrenische Züge nachweisen. Die Störung des Affektlebens wird sich vor allem als Störung der Aufmerksamkeit und der Kombinationsfähigkeit zeigen, denn mit Mühe muß bei jeder neuen Frage und für jede neue Vorstellung ein hinreichender Affekt erweckt werden, um die Vorstellungsreihe zum Ziel zu führen; sonst zerfällt sie mangels der affektbetonten Zielvorstellung und gerät auf Abwege, die sich allerdings ganz nach dem persönlichen Faktor richten und beim einen in Heimweh, Lebensüberdruß, wenn noch bessere Gefühle vorhanden sind, beim anderen in Nahrungs- und sexuellen Wünschen, wenn nur noch der Trieb affektbetont ist, äußern werden. Der Verlauf ist ja bekannt: entweder langsam gleichmäßig zur Verblödung führend oder aber in Schüben mit ganz bedeutenden Remissionen. Wir werden bei unserer ersten Krankengeschichte sehen, daß eine solche Remission auftreten, von solcher Dauer sein und eine derartige Besserung des geistigen wie körperlichen Befindens herbeiführen kann, daß die Diagnose Hebephrenie vorher gar nicht gestellt wurde und die Kranke in der Remission wieder in Stellungen gegangen ist. So können wir eher begreifen, daß die Psychose scheinbar in späterem Lebensalter auftritt, denn oft kann man vermuten, daß die Erscheinungen nicht stürmisch, sondern sehr langsam einsetzen. In der Theorie sollte freilich verlangt werden, daß ein Hebephrenie-Kranker auch in der Remission vom Gesunden zu unterscheiden ist. Ich glaube tatsächlich, daß Einengung der geistigen Interessen-

sphäre durch eine gewisse einseitige, oft auffallend emsig betriebene Tätigkeit gekennzeichnet und ein etwas schüchternes, in anderen Fällen auch fahriges Wesen oft in nur ganz feinen Andeutungen nachzuweisen ist. Schließlich weise ich auf ganz leicht verlaufende Fälle hin; sie werden seltener in unsere Behandlung kommen, da sie zu Hause behalten werden können, doch muß ich betonen, daß eine Unterscheidung vom Geisteszustand des Gesunden möglich sein muß, und daß es keine fließenden Übergänge nach der geistigen Gesundheit hin geben kann: Die Krankheit wird sich auch in leichteren Fällen als solche erweisen.

Wie schon betont, ist es erheblich schwieriger, sich die Hysterie zu einem klaren, einheitlichen Begriff zu machen, denn sowohl die Beobachtung am Kranken, wie auch die Literatur läßt uns zu keiner bestimmten Anschauung kommen. Die Festsetzung der klinischen Grenzen der Hysterie sowie ihre psychologische Erforschung und Erklärung ist zu den verschiedensten Ergebnissen gelangt. Viel Denkarbeit und Sammlermühe ist auf dieses Thema verwendet worden, ja, eine neue Forschungsrichtung, die psycho-analytische, baut sich im wesentlichen darauf auf.

Bevor wir die Entscheidung treffen, ob Psychogenie und Hysterie identisch sind, können wir einen Satz *Birnbaums* obenan stellen, der wohl allgemeine Gültigkeit hat: „Die psychogenen Krankheitszustände entsprechen den affektiven Reaktionen der Normalen auf psychische Reize hin.“ Damit wäre die Affektivität als Grundlage psychogener Krankheitsformen festgelegt.

Warum findet der Hypochonder so leicht alle Vorstellungen zu einer eingebildeten Krankheit zusammen? Eben weil jeder damit im Zusammenhang stehende Gedanke für ihn erhöhte Gefühlsbetonung besitzt. „Sie entsprechen den affektiven Reaktionen des Gesunden“: den Gedanken, eine Lungentuberkulose zu haben, kann auch der gesundeste Mensch einmal haben, wenn er z. B. Auswurf hat, aber er vermag diese Vorstellung zu korrigieren und mit Überlegung sich Gegengründe klar zu machen; das vermag der psychogen Affizierte nicht; dadurch unterscheidet er sich prinzipiell vom Gesunden. Wir sehen daraus, daß es sich um eine eigenartige Erkrankung handelt, die weniger wie ein Defekt des Denkens aussieht, sondern eben eine andere Reaktionsweise, eine Arythmie der Affekte dar-

stellt. Daß da natürlich alle Übergänge und Variationen möglich sind, verrät die Tatsache von der unübersehbaren Mannigfaltigkeit des psychischen Lebens der Menschen.

Bonhöffer und *Birnbaum* befassen sich vor allem mit der Abgrenzung verschiedener psychogener Zustände. Wir müssen mit diesen Autoren das zweifellose Bestehen solcher außerhalb der Hysterie stehender psychogener Erkrankungen zugeben, die aber begreiflicherweise, wie das *Birnbaum* ganz besonders hervorhebt, enge Beziehungen zur Hysterie haben, vielleicht einen weiter gezogenen Kreis bedeuten. Denn den hysterischen Typus kennzeichnet ein bestimmtes Gefühl, das wir ihm gegenüber haben, und das *Bonhöffer* als Abspaltung der psychischen Komplexe unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gearteten Willensrichtung beschreibt und glaubt, daß das Durchschimmern dieser Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung das ist, was uns speziell als hysterisch imponiert. So sehr wir es meiden, von einem Krankseinwollen bei Hysterischen zu sprechen und damit die alte Ansicht von den eingebildeten Kranken aufzuwerfen, so sehr müssen wir den Worten *Bonhöffers* beipflichten, daß sich eine bestimmte Willensrichtung als Faden durch die Krankheitssymptome zieht, über die allerdings der Patient selbst gar nicht Herr zu sein scheint. Auf *Birnbaums* Schriften werden wir noch anläßlich unserer Kranken IV, wo der degenerative Faktor im psychogenen Krankheitsbild eine große Rolle spielt, einzugehen haben. *Kraepelin* spricht von der Hysterie als einer angeborenen Krankheit, die sich klinisch als hysterischer Charakter äußert. Die andauernde Wirksamkeit des Zustandes zeigt sich darin, daß jederzeit hysterische Symptome und hysterische Psychosen zur Auslösung gelangen können. *Kraepelin* erblickt das Spezifische der hysterischen Symptome und Symptomenkomplexe in dem Umstand, daß krankhafte Veränderungen des Körpers durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können. Bei *Strümpell* lesen wir: „Wir fassen die Hysterie als eine Erkrankung auf, die sich ausschließlich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirntätigkeit bezieht, also, wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, daß sich die Störung nicht auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern vorzugweise auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen.“ *Hellpach* sieht einen wesentlichen Zug der Hysterie in dem Mißverhältnis zwischen Affekt und Ausdrucksbewegung. Und bei *Jung* heißt es: „Geschieht diese Überwindung, „Verdrängung“ des Komplexes nur mit Hilfe von Kompromißbildungen, so bleibt eine dauernde Minderwertigkeit, die Hysterie.“

Wenden wir uns der klinischen Stellung der Hysterie zu.

Zunächst die Ätiologie: wir wollen daran festhalten, daß ätiologisch nur ein psychischer Reiz, ein psychisches Trauma im weitesten Sinne in Betracht kommt. Wo andere Ursachen: Alkoholismus, körperliche Krankheit usw. zugrunde zu liegen scheinen, da handelt es sich nur scheinbar um solche, die auslösende Rolle hat erst der psychische Effekt solcher äußerer Ursachen. Während die Mehrzahl der Autoren an dieser psychischen Ursache festhält, ist die Frage, ob vorher ein minderwertiges Gehirn da sein muß, allem nach nicht so entschieden. *Kraepelin* bejaht sie nach dem oben Gesagten, *Ziehen* nimmt sie (psychopathische Konstitution) als äußerst wahrscheinlich an, und *Birnbaum* hält sie auch für einen notwendigen Faktor (psychogene Disposition). Tatsächlich sollte man das auch annehmen, sonst müßte man zugeben, daß jeder Mensch hysterisch werden kann, wenn ihn nur erst der geeignete Schicksalsschlag trifft. Nun hat aber *Gaupp* neuerdings als Ergebnis seiner Untersuchungen „Über den Begriff der Hysterie" geschrieben: „Je mehr die hysterische Reaktionsweise der Ausdruck einer angeborenen Disharmonie ist, desto wahrscheinlicher wird die geistige Struktur auch andere Defekte aufweisen, die dem sogenannten hysterischen Charakter mehr oder weniger ähnlich sind, und desto mehr wird auch das Leben diese Charakterzüge verstärken, ja, vielleicht unausrottbar machen. Wo aber ein noch unfertiger Mensch hysterisch reagiert, wo ein ungewöhnlicher Affektsturm oder ein abnorm bitteres Lebensschicksal zur Flucht in die Krankheit führt, da werden wir oft keinen hysterischen Charakter zu erwarten haben." Wenn wir das festhalten und unsere Krankengeschichten damit vergleichen, so werden wir unserer Aufgabe, den Ausbruch einer Hysterie bei einer, das Ausbleiben derselben bei einer anderen vom gleichen Schicksal heimgesuchten Person zu erklären, am ehesten gerecht.

Der Verlauf ist ein außerordentlich mannigfaltiger, wir können uns darauf nicht einlassen, nur soll das eine betont werden, was *Bonhöffer* und andere auch hervorheben, daß die hysterischen körperlichen Stigmata fehlen können und trotzdem die Diagnose Hysterie ihre volle Berechtigung behält; wenn sie natürlich da sind, so bilden sie eine willkommene, manchmal überschätzte Stütze. Halluzinationen und anschließende Wahnbildungen werden in der Literatur immer wieder bestätigt; sie führen hinüber

zu dem interessanten Gebiet der degenerativen Wahnbildungen. Kann man ihre Herkunft aus affektbetonten Erlebnissen ableiten, so halte ich es für unbedingt richtig, sie als hysterische anzuerkennen, wofern sie nicht zu sehr den Typus der Halluzinationen bei einfachen Seelenstörungen bilden, deren Inhalt ja schließlich auch einmal durch einen Komplex festgelegt sein kann. Sie werden also im Unterschied von letzteren eine gewisse monotone Zähigkeit besitzen, in der sie lange und inhaltlich gleichförmig haften und einen mehr oder weniger grauenvollen Inhalt haben, gelegentlich wohl auch rasch und für immer verschwinden können.

Da wir die Hysterie als eine Störung rein funktioneller Art auffassen, als eine Abweichung aus dem seelischen Gleichgewicht, eine Reaktionsanomalie, so wird es verständlich sein, daß wir keine anatomischen Veränderungen zugrunde legen können und keine Zerstörungen des Zentralnervensystems oder, was dem entsprechen würde, psychische Defekte annehmen dürfen. Ist doch die Hysterie aus jedem Stadium heraus heilbar. Daß trotzdem die Hysterie meist eine außerordentliche Hartnäckigkeit, ja, direkt ungünstige Prognose bietet, hängt am meisten an dem degenerativen Boden, der die beste Gelegenheit zu derartigen Reaktionsanomalien abgibt und natürlich unverbesserlich ist. Mit dieser Erklärung hysterischer Erkrankungen in ihrer Entstehung, ihrem Verlauf und Ausgang hoffen wir alle Erscheinungen unserer nachfolgenden Krankengeschichten erklären zu können, in denen es sich ausnahmlos um hysterisch Erkrankte handelt.

Noch sei darauf hingewiseen, daß von manchen Autoren, vor allem *Jung*, eine große Verwandtschaft zwischen den beiden Psychosen Hebephrenie und Hysterie konstruiert worden ist, daß vor allem die häufige Symptomenähnlichkeit hervorgehoben wird; wir werden dem allen in den folgenden Krankengeschichten begegnen und später noch darüber zu urteilen haben: nur soviel sei jetzt gesagt: das Verwandte liegt darin, daß beidemal eine Störung der Affekte im psychischen Krankheitsbild hervortritt, die aber bei der einen Erkrankung, dem anatomischen Prozeß entsprechend, einen progressiven, das übrige psychische Leben vernichtenden, bei der Hysterie aber einen

lediglich arythmischen, die Intelligenz völlig intakt lassenden Charakter hat.

Wir wollen uns nun den Krankengeschichten zuwenden.

I. K. G., geboren Juli 1882, Eintritt April 1903.

Anamnese: Mutter Hysterie; in den Kinder- und Schuljahren aufgeweckt, keine Abnormitäten im Geistes- und Gemütsleben, vor 1½ Jahren Störungen der vorher normalen Menstruation: Auftreten von heftigen Krämpfen bei der in Intervallen von 6 bis 8 Wochen eintretenden Periode. Um die kritische Zeit auch psychisch abnormes Verhalten: Unverträglichkeit, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit bis zum Tobsuchtsanfall. Nach der Periode Wiederherstellung. Eine bestehende Retroflexio uteri wird mit Hodgepessar korrigiert: daraufhin weitgehende Besserung des körperlichen und geistigen Befindens, bis nach einigen Monaten wieder Krämpfe mit der Periode und immer mehr in den Vordergrund tretende gemütliche Verstimmungen eintreten. 14 Tage lang Krankenhausaufenthalt, dann wieder zu Hause. Später Entfernung des Hodgepessars, am selben Tage abends Tobsuchtsanfall mit Suizidtendenz: springt aus dem Fenster. Im Krankenhaus ist sie schwermütig, schlaflos, ißt nichts. Glaubt von ihren Angehörigen und Mitkranken verspottet und verhöhnt zu werden, ist daher mißtrauisch und unverträglich. Darauf Einlieferung in die Irrenanstalt, ohne daß die Diagnose „Psychose" gestellt wurde.

In der Anstalt bestätigt sie im wesentlichen diese Angaben, fügt bei, sie sei nie besonders lustig gewesen, sie habe zu Hause sehr viel arbeiten müssen, ohne Anerkennung dafür zu finden. Habe viel an Kopfschmerz gelitten, schon längere Zeit schlafe sie schlechter, sie sei jetzt wirklich traurig, warum wisse sie selbst nicht. Sie sei müde, das Denken geht schwerer, sie fühlt sich krank. Bekommt infolge einer Kleinigkeit einen heftigen Aufregungszustand: schreit laut, wälzt sich auf dem Boden und gibt nachher Amnesie an.

Sie ist orientiert, kennt endlich — heißt es — den Arzt; ihr Interesse an der Umgebung scheint herabgesetzt. Schwerbesinnlichkeit, Gedächtnis im ganzen ungenau. Aus dem Nervenbefund geht hervor, daß Berührungs- und Schmerzempfindung herabgesetzt sind, ferner besteht Dermographie. Keine erkennbare Suggestibilität.

Im Laufe des nächsten Monats weitgehende Besserung, bis im Anschluß an eine psychische Alteration wieder eine sehr heftige, kurz dauernde Erregung erfolgt, die in eine Verstimmung mit kleineren Gewalttätigkeiten, Gereiztheit, schlechtem Schlaf und Kopfschmerzen ausläuft. Es folgt Wechsel von Erregung und ruhigen Zeiten. Schließlich stellt sich hin und wieder unmotivierte Heiterkeit ein, gelegentlich Auskunftsverweigerung. In einer guten Periode wird sie „gebessert" beurlaubt.

IV. 1904. Wieder aufgenommen. Hatte vorher häufig den Dienst gewechselt, wurde schließlich wieder aufgeregt und verlangte selbst in

die Anstalt. Hier zunächst gleichmäßige, eher heitere Stimmung, aber schüchternes Wesen, spricht wenig. Gelegentlich Angstanfälle. Dann wieder starke Erregung: verhält sich indessen ruhig, solange der Arzt da ist. Nach einigen Monaten tritt solche Beruhigung ein, daß die sich meist in heiterer Stimmung befindliche Kranke mit Krankheitseinsicht als „genesen" entlassen werden kann.

Dritte Aufnahme: IV. 1905. Aus dem ärztlichen Zeugnis: leidet in der letzten Zeit wieder an „maniakalischen" Anfällen heftiger Art, bei welchen sie Drohungen, ihre Angehörigen zu töten, ergehen läßt. Dazwischen hinein bestehen Zustände von Melancholie. Körperlich wieder Beschwerden im Unterleib.

28. IV. Hat sich gleich anfangs darüber beschwert, daß sie auf die unruhige Wachabteilung komme. So schlimm sei es nicht mit ihr. Sie sei nur sehr leicht ermüdbar und traurig. Hat den Arzt gleich wiedererkannt, nimmt sich in seiner Anwesenheit zusammen. Hat aber gestern eine Wärterin gepackt und gekratzt. Keinerlei kataleptische und negativistische Symptome. Außer einer gewissen Langsamkeit und Schwerfälligkeit anscheinend intaktes Verstandesleben. Stimmung häufig rasch wechselnd.

V. 05. Schreibt einen ziemlich verwirrten, unverständlichen Brief an die Direktion, worin mancherlei erotische Stellen betreffs der Ärzte, die sie schon behandelt haben, stehen, auch Selbstmordideen, die sie aber wegen der Auferstehung nicht ausführen wolle. Gelegentlich heftigste Erregung: zerreißt Kleider in kleine Fetzen, schlägt an die Türen, schimpft und klagt. Am 28. plötzlich hochgradiger Angstzustand: steht heulend und zitternd am Fenster, sie sei von Geistern umringt, an der Wand sehe sie lauter schreckliche Gestalten.

VI. 05. Wieder zugänglicher und freundlicher. Mit verlegen-schlauem Lächeln bringt sie immer ihren Wunsch nach Versetzung auf eine bessere Abteilung vor. Bleibt ruhig und freundlich, schläft wieder ohne Schlafmittel.

VII. 05. Zeigt Größenideen, ist Freifräulein „von und zu", nichts ist ihr gut genug, zerreißt, wirft Sachen zum Fenster hinaus. Ist sehr anspruchsvoll und mag nichts arbeiten.

VIII. 05. Macht immer noch zahlreiche Ansprüche, zeitweise auch deprimiert.

IX. 05. Hat sich in letzter Zeit etwas besser gehalten und sich zeitweise etwas beschäftigt. Doch ist sie noch recht launisch und verkennt ganz ihre tatsächlichen Verhältnisse.

XI. 05. Körpergewichtszunahme, verhält sich relativ ordentlich, arbeitet, ist freundlich, rückt aber nicht recht heraus mit ihren Ideen.

XII. 05. Schlaflosigkeit, Angst, Unruhe.

1906. Von jetzt ab verhält sich die Kranke im ganzen durchaus geordnet, abgesehen von Verstimmungszuständen mit Unverträglichkeit, verminderter Arbeitslust und Mutazismus. An solchen Tagen bleibt sie

im Bett und deckt sich vollständig zu, spricht kein Wort. Im Dezember 06 wird sie wegen Unverträglichkeit und wüsten Schimpfereien von der ruhigen Abteilung auf die Wachabteilung verlegt.

XII. 06. In der Nacht unruhig; zeigt Größenideen, Zerstörungstrieb, ist ganz einsichtslos.

II. 07. Zeigte in letzter Zeit große Angst mit wirren Wahnideen, zeitweise stärkere Erregung mit Neigung zum Zerstören (Fensterscheiben, Wäsche). Hat Sinnestäuschungen, drängt fort.

VI. 07. Wieder auf einer ruhigen Abteilung, wo sie den ganzen Tag außer Bett ist und sich beschäftigt. Stimmung leicht gedrückt, Nahrungsaufnahme unregelmäßig.

VIII. 07. Gewalttätig, widersetzlich, lärmend, will nicht ins Bett gehen. Dauerbäder, unruhige Wachabteilung.

IX. 07. Zerfahren, einsichtslos, müßig, drängt fort.

XII. 07. Befinden ist ab und zu für einige Tage ein besseres, so daß Pat. sich etwas beschäftigen kann. Plötzlich kommt dann wieder schwere Verstimmung mit ungenügender Nahrungsaufnahme, abweisendem Verhalten, Neigung zu Schimpfen und Gewalttätigkeit.

I. 08. Völlige Verwirrtheit, heftige Erregung mit wüstem Schimpfen.

III. 08. Schreibt viel Briefe und Karten, Zustand ziemlich unverändert.

IV. 08. Eher ruhiger, verlangt stets ihre Entlassung. Schreibt einen Brief, in dem sie immer wieder um Verzeihung bittet, sie wolle sich bessern, sie habe niemand für Narren halten wollen.

Bessert sich, verhält sich völlig korrekt, gibt vernünftige Antworten, beschäftigt sich mit Hausarbeiten. Schrieb einen geordneten Brief, in dem es heißt: „Es tut mir sehr leid, daß ich immer in der Anstalt sein muß, ich wünschte mir, ich möchte bald sterben, mein Leben hat doch keinen Wert."

V. 08. Im Beginn des Monats bricht eine neue Erregung aus: Schlaflosigkeit, Schimpfen, Schreien, Tätlichkeiten. Ende des Monats: Pat. ist wieder ruhig, geordnet, freundlich, frägt, ob sie nicht bald wieder auf eine andere Abteilung komme; tagüber außer Bett, im Garten, macht Handarbeiten. Über ihren Erregungszustand befragt, weicht sie aus: „Ich weiß nicht."

VI. 18. Erneuter Erregungszustand, zerreißt, spricht wirr. Die Erregung klingt Ende des Monats wieder ab: steht auf, arbeitet.

VII. 08. Bis Mitte des Monats Ruhe, dann erneute Erregung, zerreißt, lamentiert, will fort, schimpft über ihre gewaltsame Zurückhaltung, wird obszön.

VIII. 08. Deprimiert, weint viel, weil man sie umbringen wolle, dann tritt wieder Beruhigung ein, bis am 14. IX. 08 abermals eine heftige Erregung einsetzt: ist nachts laut, entblößt sich, rennt herum, schreit sinnlos. Darauf wieder rasche Beruhigung, bis sie Mitte X. 08 wieder auf

die unruhige Wachabteilung kommt, von wo sie jetzt nicht wieder wegkommt.

XI. 08. Verhält sich im allgemeinen ruhig, ist aber nie ganz klar und frei; lacht viel, besonders wenn sie angeredet wird, weint auch gelegentlich, verlangt immer ihre Entlassung. Zeiten von heiterer Stimmung wechseln mit depressiven Anwandlungen unregelmäßig ab.

I. 09. Steter Wechsel zwischen relativ befriedigendem und geordnetem Verhalten und Zeiten größerer Verwirrtheit, verbunden entweder mit exaltierter, auch gereizter Stimmung oder mit Depression; so schreibt sie einmal: „Meine lieben Eltern und Geschwister in nah und fern, ich bitt Sie höfl. um Entschuldigung, vergebt mir meine Sünden, die ich im alten Jahr über Euch begangen habe, mir ist angst und bange vor dem neuen, wo ich ärgerlich zur Last bin, wer macht meinen Schaden gut!“ usw., lauter vage Selbstbeschuldigungen. Heute ist die Stimmung über Nacht plötzlich umgeschlagen, Pat. lächelt freundlich, es gehe ihr gut.

II. 09. Gelenkrheumatismus, psychisch dauernd ziemlich verwirrt.

III. 09. Zustand wie früher, bald deprimiert, bald gehobener, heiterer Stimmung, immer aber unklar und verwirrt.

IV. 09. Wechsel zwischen starker Depression mit Verschuldungsgedanken, Weinen usf. und Zeiten gehobener Stimmung mit Neigung zu Scherzen; Zeiten größerer Klarheit im Denken recht selten.

VI. 09. Vorwiegen der depressiven Stimmungen mit Kleinheitsideen, Selbstbeschuldigungen.

VIII. 09. Beständiger Wechsel zwischen Depression, leichter oder stärkerer Erregung und relativ freien Zeiten, letztere sehr selten; völlige Klarheit besteht nie, auch keine eigentliche Krankheitseinsicht. Zertrümmerte vor einigen Tagen drei Teller aus Ärger über ihre Verlegung von einem Nebenzimmer in den Saal; in dem Nebenzimmer ließ sie sich von einer hysterischen Mitkranken sehr beeinflussen, brachte die gleichen Beschwerden vor wie diese, was nach der Verlegung sofort aufhörte.

X. 09. War einige Zeit ordentlich und fleißig, seit 3 Tagen wieder verstimmt und gereizt, fragt, wie lange sie noch „geschlaucht“ werde.

XI. 09. Psychisch: Wechsel zwischen Depression und Euphorie, keine Einsicht. Halluziniert; „es habe telephoniert: ich komme nicht mehr hinüber, ich hänge mich auf.“

I. 10. Stets wechselndes Befinden, bald deprimiert, bald heiter und fleißig arbeitend, selten gereizt. Wechsel in letzter Zeit oft von Stunde zu Stunde.

VI. 10. Seit längerer Zeit besteht bei der Kranken ein erheblicher Depressionszustand; die Kranke weint, klagt in monotoner Weise, bittet um Verzeihung wegen ihrer Sünden, glaubt, es werde nie mehr gut. Dabei zeigt sie häufig absonderliche Haltungsstereotypien, Neigung zu Verkehrtheiten: leert sich das Essen über den Kopf, entkleidet sich plötzlich,

legt sich auf den Boden, schmiert mit Kot, warf einer Mitkranken Kot ins Gesicht.

VIII. 10. Vorwiegend schwer deprimiert, macht sich allerlei absurde Selbstvorwürfe, hält sich für verloren.

IX. 10. Seit längerer Zeit still, an manchen Tagen verweigert sie das Essen. Legt sich auf den Boden. Oft unrein.

XI. 10. Häufig in trauriger Stimmung, fühlt sich unfähig zu denken.

I. 11. Meist sehr deprimiert, macht sich sinnlose Selbstvorwürfe, neigt zu absonderlichem Gebahren, legt sich platt auf den Boden, zieht das Hemd aus, stürzt sich aus dem Bett.

II. 11. Keine dauernde Besserung, nur ganz vorübergehend gelegentlich etwas freier; stürzte sich in der Einpackung aus dem Bett.

IV. 11. Immer zu Verkehrtheiten neigend, meist deprimierte Stimmung mit unklaren Selbstbeschuldigungen, selten heitere Stimmung mit Neigung zu Scherzen und Possen.

VI. 11. Meist stark depressiv verstimmt, verkriecht sich unter der Bettdecke, weint und jammert; zeitweilig auch zornig: neigt zu Angriffen auf das Personal, ganz selten heiter.

6. VIII. 11. Gibt keine geordnete Auskunft, ist meist in trauriger Stimmung, mitunter sehr erregt, wirft sich — mit einiger Vorsicht — aus Bett und Bad. Überhaupt liegt in ihrem Benehmen viel Demonstratives, sie fällt besonders gern aus dem Bett, wenn der Arzt kommt.

8. VIII. 11. Die Stimmung ist völlig umgeschlagen: Pat. ist läppisch-heiter, spielt mit Fäden, dreht Brotkugeln und wirft damit nach dem Arzt. Gelegentlich impulsiv. Wieder nach einigen Tagen zeigt sich Mutazismus, Muskelspannungen, Gereiztheit, Sich-aus-dem-Bett-werfen. Ist sie heiter, so äußert sie allerlei Wünsche nach Schokolade, Orangen usw., lacht aber läppisch, wenn man ihr diese Wünsche abschlägt.

XI. 11. Vorwiegend traurig und verstimmt, öfters auch gereizt: erregtes Schimpfen und Beschuldigungen der Ärzte.

I. 12. Vorwiegend deprimiert oder auch gereizt, verkriecht sich unter die Bettdecke, oft tagelange Nahrungsverweigerung, um dann plötzlich wieder sehr viel zu essen. Zeitweilig heftige Wutausbrüche, schlägt wild um sich, wirft sich auf den Boden, schlägt sich den Kopf an.

III. 12. Bisher vorwiegend abweisend, mürrisch, gelegentlich erregt, die Nahrung verweigernd, seit etwa einer Woche freier, freundlicher, zu Scherzen geneigt; äußert alle möglichen Wünsche: Schokolade, Orangen usw.

V. 12. In letzter Zeit sehr verstimmt, ganz abweisend, widerstrebend, deprimiert, Nahrungsverweigerung, fängt aber wieder an zu essen, ehe Sondenernährung angewendet werden muß.

VII. 12. Wechselndes Verhalten, bald verstimmt, gereizt, gewalttätig, auch gegen sich selbst wütend; zeitweilig wieder freundlich, läppisch

heiter, formt allerlei Figuren aus Brot. Zu geregelter Tätigkeit ist sie nicht zu brauchen.

IX. 12. Schreibt einen Brief an ihre Mutter, in dem folgende Stellen vorkommen: „Ich arbeite nichts. Ich kann gar nicht mehr wie ich will, ich werde fest, weil ich gar keinen Most mehr bekomme.“ Ferner: „Ich möchte auch einmal wieder nach Hause, ich bin alle Tage im Bett, es ist traurig, weil ich noch so jung bin, es hat mir oft schon leid getan, ich bin mein Leben so müd, ich habe keine Arbeitskraft, wenn ich auch gut aussehe, in ein paar Tagen ist meine Kraft wieder genommen, was Ihr mir nicht glaubt, stelle ich meinem Gott anheim; ich hab mich schon oft geschämt in der Welt, so dumm bin ich, lieg nur hier da im Armenhaus, mehr verstehe ich nicht. Ich habe gemeint, ich bin so reich, wenn Du mir das erlaubst, bedanke ich mich recht schön.“

Der Beginn der Erkrankung bei einem 20jährigen, bisher gesund geschilderten Mädchen erweckt den Anschein einer rein psychogenen Affektion, und so hat der einliefernde Arzt nicht gewagt, die Diagnose „Psychose“ zu stellen, sondern faßte den Fall als eine Hysterie auf, die durch die Genitalbeschwerden hervorgerufen sei. Es ist auch merkwürdig, wie prompt der Anfall nach der erstmals erschwert eingetretenen Menstruation sich legte, und wie er nachher in so vorzüglicher Weise nach Anwendung eines Hodgepessars wieder schwand, und wie schließlich am Tag der Entfernung des Ringes wieder Verschlechterung des psychischen Befindens eintrat. Auch die Art der Geistesstörung: Unverträglichkeit, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit passen zum Bild der Hysterie. Ein schadlos abgelaufener Suizidversuch rundet das Bild ab. Auch in der Anstalt scheint die Anfangsdiagnose hysterisches Irresein mit Recht gestellt zu sein; die Kranke fügt der Anamnese noch einiges bei: sie habe viel schaffen müssen, ohne Anerkennung zu finden, sie habe viel Kopfschmerz gehabt, Dinge, die wir von den ewig leidenden, nie zur genügenden Anerkennung kommenden jungen und alten hysterischen Mädchen oft hören müssen. Sie zeigt ferner ein Gefühl ihrer geistigen Krankheit, die sie selbst zu beschreiben vermag, sie sei traurig, einen Grund kann sie nicht nennen, das Denken wird ihr schwer. Kleine äußere Ursachen vermögen Tobsuchtanfälle mit Schreien und Konvulsionen und nachheriger Amnesie bei ihr auszulösen. Ich glaube, diese Symptomenreihe genügt zur Diagnose „Dementia praecox“ nicht.

Von jetzt ab mischen sich aber einige verdächtige Züge bei: ihr Interesse an der Umgebung scheint herabgesetzt, allem nach kennt

sie den behandelnden Arzt verhältnismäßig spät. Das Gedächtnis im ganzen ist ungenau. Unmotivierte Heiterkeit und gelegentliche Auskunftverweigerung trüben entschieden das bisherige Bild, dessen Symptome sich indessen halten, und zu denen eine körperliche Untersuchung noch herabgesetzte Berührungs- und Schmerzempfindung als Beitrag liefert. Erregungs- und gute Zeiten wechseln, es kommt zur Entlassung. Wenn wir jetzt eine Remission der Hebephrenie verzeichnen wollen, um die es sich offenbar handelt, so wäre es für unser Thema von unschätzbarem Wert, zu wissen, wie die psychogenen Symptome sich in dieser Zeit der Besserung verhalten haben, allem nach treten sie auch zurück, damit, daß die auslösende Ursache, nämlich die Geisteskrankheit, Station gemacht hat. Ich bedaure, daß die Krankengeschichte nichts Näheres darüber enthält, als daß sie den Dienst häufig gewechselt und immer wieder verschiedenartige körperliche Beschwerden, vor allem Schmerzen im Unterleib gehabt hat und deshalb öfters behandelt wurde. Als sie wieder erregter wird, stellt sich auch das oben bezeichnete Krankheitsgefühl ein, sie verlangt selbst in die Anstalt. Sie zeigt hier das schüchterne Wesen, das Hebephrenische in ihren guten Tagen auszeichnet, ferner die nicht genügend motivierte heitere Stimmung und schließlich Angstanfälle, die anscheinend wieder mehr psychogenen Ursprungs sind. Auffallend rasch trat nach Erregungszuständen, die sich in Anwesenheit des Arztes bessern, Beruhigung ein, und die Pat. wird mit Krankheitseinsicht „genesen“ entlassen. Diese Krankheitseinsicht muß kritisch bewertet werden und dem am Eingang der Erkrankung vorhandenen Krankheitsgefühl offenbar gleichgestellt werden. Es ist das Gefühl, das Hysterische immer in Beziehung auf ihre Erkrankungen besitzen, und was sie gerade von anderen Geisteskranken grundsätzlich unterscheidet. Sie sind imstande, ihre Erkrankungen selbst zu beobachten. Noch kritischer betrachtet man die Genesung, die wieder eine Remission darstellt und ersteren ehrenvollen Titel nur insofern verdient, als es möglich ist, daß sie Jahre hindurch anhält und das betreffende Individuum recht wohl zu praktischer Tätigkeit fähig sein kann, oft ohne seiner Umgebung aufzufallen.

Die dritte Aufnahme wird aus denselben Gründen wie die beiden ersten notwendig: es zeigt sich wechselnde Stimmung, außer Langsamkeit und Schwerfälligkeit anscheinend intaktes Verstandesleben.

Nun sind aber gerade die beiden letztgenannten Eigenschaften Teile des durch die hebephrenische Erkrankung geschwächten Geisteslebens. Sie gerät öfters in heftigste Erregung mit Zerstörungswut. Dazwischen kommen wieder schwachsinnige Größenideen: Pat. will auf einmal feines Essen, schöne Kleider, Gedanken, die sich bei ihr bis auf den heutigen Tag erhalten haben, doch immer nur in ihren freundlich läppischen Krankheitsperioden. Diese Schwankungen der Stimmung passen an sich gut zur Hebephrenie, wir finden sie bei allen derartigen Kranken. Impulsive Gewalttätigkeiten vervollständigen das Bild. Der Erregungszustand dauert mit unterschiedlicher Heftigkeit an, und das Krankheitsbild bietet immer wieder die charakteristischen Zeichen der Dementia hebephrenica: sinnloses Schreien, Herumrennen, schamloses Sichentblößen, Unreinlichkeit und läppische Heiterkeit wechseln mit Mutazismus, Negativismus, Muskelspannungen, starker Depression. An der Diagnose ist jetzt kein Zweifel mehr, zeigt Pat. doch auch in manchen Zeiten den so charakteristischen, umschleierten interesselosen Blick der Jugendverblödeten, und ihre niedergeschriebenen Produkte verraten schwachsinnige Inkohärenz und Verwirrtheit, als Beispiel genügt der eine Satz: „Ich kann gar nicht mehr, wie ich will, ich werde fest, weil ich gar keinen Most mehr bekomme.“ Und doch hat sich etwas von dem zweifellos rein psychogen aussehenden Beginn der Erkrankung erhalten; wir lesen von Selbstvorwürfen und Selbstbeschädigung, die einen demonstrativen Zug an sich tragen, die sich häufen, wenn der Arzt in der Nähe ist, und die nie zu einem ernsthaften Schaden führen. Am überzeugendsten aber, daß hier die ruinenhafte Psyche eine besondere Rolle der sie zerrüttenden Krankheit gegenüber spielt, sind mir die eigenen Worte der Pat., die sie nach zehneinhalbjähriger Dauer der Erkrankung an ihre Mutter schreibt: „Es ist traurig, weil ich noch so jung bin, es hat mir oft schon leid getan, ich bin mein Lebtag so müd, ich habe keine Arbeitskraft, wenn ich auch gut aussehe, in ein paar Tagen ist meine Kraft wieder genommen!“ Ein Zurückgehen der psychogenen Momente ist fraglos vorhanden, das massive Vordrängen und Demonstrieren der als Symptome der Geisteskrankheit anzusehenden Erscheinungen wie plötzliche Erregung und traurige Verstimmungen, das Demonstrieren auch der Arbeitsfähigkeit in den besseren Tagen, in denen sie bis in die letzten Krankheitsjahre immer helfen und nütz-

lich sein wollte, ist stark zurückgewichen, hinter die gemütliche Stumpfheit versunken, die mehr und mehr zu einer Verödung jedes höheren Interesses, zu einem Hervortreten triebartiger Affekte geführt hat. Wenn wir eine Remission der zum Defekt führenden Krankheit noch erwarten dürfen, und eine kurze Remission bedeutet zweifellos auch die Zeit, wo der letztgenannte Brief geschrieben wurde, so dürfen wir uns damit wieder auf ein stärkeres Hervortreten der angeführten Momente gefaßt machen, die dann dem betreffenden Zustand angepaßt sind, d. h. sie werden sich um die bestehende Schwäche, um das Gefühl der Leistungsunfähigkeit, um Selbstvorwürfe und Selbstbetrauerung drehen.

II. L. H., geboren Juli 1875, Eintritt April 08. Anamnese: Vater Potator, gest. durch Suizid. Geistige Veranlagung: still und ernst, keine auffallenden Neigungen, Temperament melancholisch. Sehr solid, religiös, brav und folgsam. Krankheitsätiologie: unbekannt. Als Kind hielt sie einmal einen Geistlichen auf der Straße an, um ihn über eine ihr unklare Bibelstelle zu befragen. Am 24. IV. 08 erstmals plötzlich entstandener Zustand der Verwirrung: ängstliche Unruhe, Neigung zu Selbstvorwürfen, Selbstbeschädigungen, Kotschmieren. Nach Eintritt der Menstruation völlige Beruhigung. Gewichtszunahme. In den letzten Tagen vor der Aufnahme ähnlicher Erregungszustand: ängstlicher Affekt, Hinausdrängen, Ausreißen von Haaren, Schlaflosigkeit. Halluzinationen aus Blick und Verhalten wahrscheinlich; Illusionen besonders auf sexuellem Gebiet: Pat. fühlte geschlechtliche Akte, Schwangerschaft und Geburtsvorgänge. Diagnose: Menstruations-Psychose.

Befund: Sensibilität intakt. Ängstlich gespannter Gesichtsausdruck, weit geöffnete Augen, angstvolles Atmen. Rechtseitige Leistenhernie. Örtlich und zeitlich gut orientiert, keine Intelligenzstörung, ängstlich-gedrückter Affekt, keine Krankheitseinsicht. Versündigungsideen, Vergiftungsideen, Halluzinationen und Illusionen nicht nachweisbar; Neigung zu Selbstbeschädigungen, Spannungs- und Hemmungszustand mit krampfhaft steifen Händen und Fingern, Zittern des einen Armes. Macht nicht sehr energische Versuche, sich aus dem Bett zu stürzen.

V. 08. In letzter Zeit sehr unruhig, nur die feuchte Einpackung nützt. Die krampfhafte Haltung der Hände, das Zittern des Armes, die Sprachhemmung können durch Zureden vermindert bzw. ganz aufgehoben werden. Zeitweise Beruhigung, teilweise Krankheitseinsicht. Auffallend rascher Stimmungswechsel. Diagnose: Angst-Melancholie. Fortdauernd ängstlicher Affekt. Weint, klammert sich mit verzweifelter Miene an die Wärterin. Essen nur mit Mühe beizubringen.

VI. 08. Wenn man sich ihr nähert, heftigstes Weinen, sagt, sie müsse hinaus! Wo? Zu der Türe! Wohin? Sie müsse sich jetzt auf-

hängen! Zertrümmert Scheiben. Auf der unruhigen Wachabteilung wirkt die Umgebung auf ihre Erregung fördernd.

VIII. 08. In der letzten Zeit Mutazismus, Negativismus, Sondenernährung. Gewalttätigkeiten gegen andere und gegen sich selbst, mitunter leichtere Verletzungen.

IX. 08. Fragt, ob sie nach Hause dürfe, arbeiten, es gehe ihr jetzt gut, nur nachts sehe das Bett so schwarz aus, da habe sie Angst. Schreibt: „Liebe Mutter! Heute habe ich in Liebe Deiner gedacht und hoffe, daß es Dir ordentlich ergeht. Vorgestern war ich ganz besonders ängstlich und hatte im Sinn, mich umzubringen, vergiften oder ertränken. wurde mir aber doch zu schwer und ließ mich wieder in Wickel bringen!"

I. 09. Kommt wieder auf die unruhige Wachabteilung, zieht sich Othämatom und Abszeß am Finger zu.

II. 09. Mutazismus, Negativismus, ängstliche Stimmung, Trieb. anderen die Nase abzubeißen.

XI. 09. Beschäftigungstrieb: hilft bei der Saalreinigung. bei der Essenausteilung. Gelegentliche Auskunft, manchmal plötzliche Erregungszustände, heftigstes Weinen. Selbstbeschuldigung, Halluzinationen. Eine Mitkranke soll ihr gesagt haben, sie solle sich aufhängen, was sie daraufhin mit einem Tuch auszuführen versuchte.

I. 10. Vorwiegend Spannungszustände. Grimassieren; dazwischen freiere Zeiten, in denen Pat. arbeitet. Briefe sind formlos, unzusammenhängend.

III. 10. Auf einer ruhigen Wachabteilung etwas Besserung. Arbeitsdrang.

IV. 10. Dauernd ängstlich, Selbstbeschädigung: Stürzt sich ,aus Bett und Badewanne, sehr erregt. Für kurze Zeit ablenkbar.

VII. 10. Einklemmung ihres Leistenbruchs, Reposition, darauf große Dankbarkeit, verlangt ihr Bruchband, damit man nicht so viele Mühe mit ihr habe. Befindet sich psychisch und somatisch wohl: spricht vom Heimgehen. Zwei Tage nachher wieder motorische Unruhe, die wieder ständig zunimmt.

XI. 10. Etwas Besserung, schreibt soweit geordnete Briefe.

I. 11. Wieder starke Erregungen, Selbstbeschädigungen. Dauernde Überwachung, beißt andere Patientinnen. Im Laufe des Jahres 1911 dauernd stärkste Erregung, doch zeigen ihre Selbstbeschädigungen und Verkehrtheiten stets etwas Demonstratives; wenn der Arzt kommt, ist alles besonders schlimm. Verschluckt gelegentlich Knöpfe vom Badmantel und einen abgebrochenen Tassenhenkel. Über den Grund befragt, erwidert sie in der ihr eigenen Kindersprache: sie sei froh, daß sie das gekonnt hätte.

XI. 11. Äußere Orientiertheit gut erhalten, impulsive Handlungen, Selbstbeschädigung.

III. 12. Impulsive Handlungen gegen Mitkranke, Selbstbeschädigung, Wein- und Lachanfälle, Spannungszustände wechseln und halten Pat. in dauernder Aufregung.

IX. 12. Tagelang etwas ruhiger, reagiert etwas auf Suggestivbehandlung; hat einen Hautausschlag, an dem sie sich gerne behandeln läßt. Als der Arzt einmal eine andere Kranke zuerst behandelt und dann erst zu ihrer Behandlung den Saal betritt, stürzt sie sich demonstrativ mit dem Kopf voraus aus der Bettlade, weil sie beleidigt war. Auch hierbei fügt sie sich keinen Schaden zu und beruhigt sich auf Zureden wieder.

Schlußuntersuchung: Eine irgendwie genaue Untersuchung ist bei der ständigen starken Aufregung, in der sich die Pat. befindet, nicht durchzuführen. Immerhin ist die Pat. für kurze Augenblicke durch Suggestion zu fixieren. Eine oberflächliche Sensibilitätsprüfung ergibt: Konjunktival-, Gaumen- und Bauchdeckenreflex fehlen vollständig, bei Prüfung des Fußsohlenreflexes kaum eine Reaktion. Die Sehnenreflexe sind wegen Spannung nicht zu prüfen. Die Schmerzempfindung ist am ganzen Körper stark herabgesetzt. Bei Drücken auf einen bestimmten Punkt unterhalb der Mamma zuckt die Pat. zusammen und gibt Schmerz an. Als sie nach der Untersuchung weggefahren wird, ruft sie mit lauter Stimme: „Adjö, hast Dei schöne Luise gsehn!“

Die schicksalreiche Krankengeschichte, aus deren langen Aufzeichnungen ich hier das Wesentliche zusammengesucht habe, erstreckt sich über 4½ Jahre unserer Beobachtung. Ein von Hause aus solides, braves und fast auffallend religiös gewissenhaftes Mädchen mit einer stillen und ernsten Gemütsart erkrankt ganz plötzlich zur Zeit der Menstruation mit einem nur über diesen Naturvorgang anhaltenden heftigen Verwirrtheitszustand, in dem wir Selbstvorwürfe und Selbstbeschädigung feststellten. Nachher scheint wieder völlige geistige Gesundheit zu bestehen, es tritt Gewichtszunahme ein. Dasselbe wiederholt sich kurz vor der Aufnahme in die Anstalt. Es wird besonders hervorgehoben, daß der Inhalt des erkrankten Vorstellungslebens sich diesmal besonders auf das sexuelle Gebiet erstreckt. Die Diagnose wurde der anscheinenden Ätiologie entsprechend auf Menstruationspsychose gestellt. Man muß sich fragen, warum trat dann die Psychose nicht schon bei Eintritt der ersten Menstruation auf? Also Ätiologie wird diese nicht sein, doch höchstwahrscheinlich auslösende Ursache für einen schon im stillen vorbereiteten Prozeß, der damit zum erstenmal in die Erscheinung tritt. Der Verlauf hat gezeigt, daß es sich um das Offenbarwerden einer hier erst im 33. Lebensjahre erscheinenden Hebephrenie (oder Katatonie) gehandelt hat.

Es baut sich langsam, aber konsequent das charakteristische Bild auf, erst die stille ernste Natur der sogenannten gesunden Zeit, dann Aufregungen mit Remissionen und einer gewissen Krankheitseinsicht; hierauf kommt die Depression mit Versündigungs- und Vergiftungsideen. Dabei besteht Unbelehrbarkeit. Bei der Untersuchung fehlt irgendein Defekt des intellektuellen Apparates. Spannungs- und Hemmungszustände stellen sich ein. Dann wieder Unruhe und der auffallend rasche Stimmungswechsel, was sich ja alles mit dem Bilde einer katatonischen Erkrankung vereinigen läßt. Der Affekt behält das Ängstliche bei, Gewalttätigkeiten treten dazu, man hat den Eindruck, daß das ganze Mädchen unter lebhaften, sie ängstigenden Sinnestäuschungen steht, etwas Bestimmtes berichtet wird darüber aber nicht. Mutazismus und Negativismus werden immer mehr ausgeprägt, es muß vorübergehend zur Sondenernährung gegriffen werden. Im unabänderlichen Verlauf treten immer wieder mit der Zeit seltener und kürzer werdende Remissionen auf, in denen Auskunft von der Kranken zu erlangen ist. Schließlich gewinnt die Erregung die Oberhand: Impulsive Handlungen gegen Mitkranke, Wein- und Lachkrämpfe, Sprechen in einer selbstgefertigten Kindersprache, Inkohärenz und sinnloser Inhalt in ihren Briefen mehren sich zusehends, bis wir jetzt am Schlusse der Beobachtung eine Kranke vor uns haben, die zu den Aufgeregtesten der Anstalt gehört, die fast ständig im Dauerbad oder in einer feuchten Einpackung gehalten werden muß, deren Augenausdruck, deren Redeweise die einer intellektuell Defekten sind, obwohl ihr Gedächtnis, vor allem soweit es sich auf Vorfälle aus ihrer Krankheitszeit bezieht, gut ist. Der Affekt ist doch sichtlich weit abgerückt von dem, was er bei einem Gesunden zur physiologischen Begleitung und Erhaltung der Verstandestätigkeit zu leisten hat. Es besteht nicht etwa Affektlosigkeit, sondern die Affekte haben sich im wesentlichen auf durchaus krankhafte Weise entwickelt: Vorstellungen, die beim Gesunden gefühlsbetont sind, haben diese Gefühlsbetonung verloren, andere, vor allem solche aus dem Triebleben, sie gewonnen; im wesentlichen, sage ich, denn daß auch noch einige gut gefühlsbetonte Vorstellungen sich durch die ganze Krankheit erhalten haben, die aus der vorhebephrenischen Zeit stammen, soll in folgendem gezeigt werden.

Neben der Reihe der genannten Symptome geht eine zweite bei

der Pat. einher, die sich zusammensetzt aus körperlichen Symptomen wie Fehlen von Konjunktival-, Gaumen-, Bauchdecken- und Fußsohlenreflex, Herabsetzung der Schmerzempfindung und Druckpunkte, dann einmal auch während der Erkrankung das Zittern eines Armes (ich bedaure, daß von damals keine eingehende Sensibilitätsprüfung vorliegt) und aus psychischen, auf die wir näher eingehen müssen. Obenan steht dabei erstens die durch die ganze Krankheit hindurch festgestellte Suggestibilität: die krampfhafte Haltung der Hände, das Zittern des Arms, die Sprachstörung werden durch Zureden vermindert. Die ganze Person kann heute noch durch Ermahnungen zur Ruhe gebracht werden, kann in der schlimmsten Aufregung dazu überredet werden, dem besuchenden Arzt die Hand zu geben. Während der oftmaligen Behandlung, die sie sich durch ihre Selbstbeschädigungen zugezogen hat, hielt sie auch bei sehr schmerzhaften Hilfen, wie Nähen, ganz still und bewahrte dem betreffenden Arzt einen für ihr sonstiges Gebahren, in dem sich Grobheit gegen sich und andere mit einer gewissen sittlichen Stumpfheit paarte, innigen Dank; sie bat das eine Mal noch besonders um ihr Bruchband, damit sie nicht so viel Mühe mache. Ebenso ist sie dann auf der andern Seite wieder die Beleidigte, wenn man nicht ihr die erste Aufmerksamkeit schenkt. Andere hebephrenische Kranke habe ich nie so „ehrgeizig" gesehen, sie zeigen den Besuchen des Arztes gegenüber entweder höchste Gleichgültigkeit, behalten ihm gegenüber ganz dasselbe zerfahrene Wesen, wie im übrigen Verkehr, und verhalten sich bei irgendwelcher körperlichen Behandlung gänzlich mutazistisch oder aufs äußerste widerstrebend, aber, daß sie sich gerne behandeln lassen, und gar Dankbarkeit für die Behandlung gibt es bei ihnen nicht. (Das Unterlassen von Schmerzensäußerungen — das will ich nur beifügen — kommt bei beiden Krankheiten, bei Hysterie und Katatonie in Betracht, danach dürfte sich keine entscheidende Differenzierung durchführen lassen). Eigenartig ist jedenfalls, wie konstant diese psychogenen Erscheinungen sich erhalten haben, wie intensiv suggestiv auf die in ihrer hebephrenischen Verblödung schon genügend gekennzeichnete Pat. noch heute z. B. das Wort „Mutter" wirken kann, das sie zur Rührung zu bringen vermag und zur augenblicklichen, allerdings nicht lange Zeit währenden vollständigen Einstellung ihrer Unarten. Zweitens ist die Kranke durchaus de-

monstrativ: ihre Selbstbeschädigungen bis zu den Selbstmordversuchen, die eine überaus ausgedehnte Rolle in der Krankengeschichte spielen, zeigen bei jeder Gelegenheit etwas Berechnetes, mehren sich, wenn die Kranke weiß, daß darauf geachtet wird: im Dauerbad pflegte sie während der Visite immer mit schrecklicher Gebärde unter das Wasser zu tauchen, während sie es sonst selten oder gar nicht macht. Und so verhält es sich auch mit ihren Briefen: sie enthalten lebhafteste Demonstrationen ihres Zustandes, ihrer Krankheit. Während Paranoiker das Geheimnis ihrer Stimmen oft lange zu bewahren suchen, ihre dem Beobachter nicht ganz aufgeklärten Verstimmungen stets auf äußerliche Ärgernisse zu schieben suchen, während gewöhnliche Hebephrenische sich in ihrer großen Mehrzahl geistig als normal ausgeben, bzw. über die Versicherung, daß sie doch schwer krank seien, gleichgültig lachen, wird hier alles ausgeplaudert, die Krankheit und ihre Erscheinungen mit großer Konsequenz dem Arzte und den Angehörigen gezeigt: „Vorgestern war ich ganz besonders ängstlich und hatte im Sinn, mich umzubringen, vergiften oder ertränken wurde mir aber doch zu schwer und ließ mich wieder in Wickel bringen.“ Hier ist klar und ohne Umschweife in der Kranken Worten das Bild charakterisiert, das sie uns täglich, ja, jahraus jahrein geboten hat. Und wie gut alles ausgemalt ist: das hört man doch nur von hysterischen Personen. Sie gefallen sich geradezu darin, ihre Umgebung zu ängstigen, indem sie Sorge um ihre Person zu erwecken verstehen; man muß dann nur wissen, daß sie kein Unheil anrichten, wenn nicht ein unglücklicher Zufall im Spiel ist.

Was wir somit vor uns haben, ist nach meiner Ansicht keine einfach verlaufende hebephrenische Krankheitsform — wollten wir das annehmen, so wären offenbar lange nicht alle Symptome dieses verwickelten Erregungszustandes erklärt —, sondern es wird sich um eine von Haus aus hysterische Anlage gehandelt haben — leider sind die anamnestischen Angaben zu dürftig —, die durch das hinzukommende Jugendirresein in erhöhtem Maße ihren Einfluß auf das geistige Leben der Patientin, vor allem die eigentümliche Richtung der Affekte, ausgeübt hat. Stünden wir dieser Anschauung unfreundlich gegenüber, so bleibt nur noch die eine Erklärung, daß es eine hebephrenische Erkrankung gibt, bei der psychogene Symptome sehr stark hervor-

treten, die bei unkompliziertem Verlauf sich mehr im Hintergrund halten, aber eo ipso zu dem Krankheitsbild gehören.

III. K. F., geboren März 1883. Eingetreten Oktober 1911. Dienstmädchen. Erbliche Belastung: Geisteskrankheit in der väterlichen Familie. Geistige und körperliche Entwicklung o. B. Vor 6 Jahren Geburt eines Kindes, seither sei Pat. verändert, traurig, lebensüberdrüssig. Wurde Wärterin in einer Privatirrenanstalt, lief dann ohne Kündigung weg. Lag einige Wochen weinend zu Hause im Bett. War nachher in verschiedenen Stellungen. In einer letzten, sehr strengen Stellung erkrankt sie aufs neue, hört Stimmen, sieht Gestalten, hat Angst, kann nicht mehr schlafen. Kam ins Spital, dort wurde „Dementia praecox" diagnostiziert. Hatte Angst, vor allem nachts, bezieht alles auf sich, war gereizt, aggressiv, schimpfte obszön, Selbstbeschädigung. Periodische Wiederkehr der Erregungszustände. Sie kam dann in dieselbe Anstalt, an der sie früher Wärterin war, dort bemerkte man: vielfach wechselndes Verhalten zwischen ruhig stuporöser Zeit und explosiven Aufregungszuständen, dazwischen hat Pat. ruhige, gute Tage, an denen sie arbeitet. Hauptsymptome sind eben diese Aufregungszustände, in denen Pat. sich selbst mitunter schwer durch Scheibeneinschlagen verletzt, ferner depressive Verstimmung mit Selbstmordgedanken. Nebenher wird Stumpfheit und Affektlosigkeit hervorgehoben. Bemerkenswert ist, daß sie bei der Naht einer ihrer Schnittverletzungen nicht eine Schmerzensäußerung getan hat. Sie sei wie „anästhesiert" gewesen.

Hier in Winnental legt Pat. ein ruhiges geordnetes Benehmen an den Tag, spricht freundlich und gibt bereitwillig Auskunft, hilft gleich im Hausdienste mit. Eine Prüfung der Intelligenz ergibt gutes Gedächtnis, etwas mangelhafte Merkfähigkeit, erhaltene Kombination, dem Bildungsgrad entsprechendes Urteil. Es besteht etwas Schwerbesinnlichkeit und Mangel an Auffassung, wogegen sie jeder an sie gerichteten Frage. die nötige Aufmerksamkeit zuwendet, kein Abschweifen auf Nebensächliches oder auf eigene Gedankenwege. Die Affekte sind nicht gestört, sie hat für alles die gesunden Lust- und Unlustgefühle, zeigt keinerlei Gleichgültigkeit ihrer Umgebung oder ihrer eigenen Erkrankung gegenüber. Es haben Sinnestäuschungen des Gesichts (Kindergestalten) und des Gehörs (angenehme Musik) bestanden, die sich indessen verloren haben. Pat. neigt ferner dazu, Äußerungen ihrer Mitmenschen auf sich zu beziehen und sie als schlecht gemeint auszulegen. Durch Anwendung von Schlafmitteln sollen in der letzten Zeit wieder Gesichtstäuschungen vorgekommen sein. Körperlich fällt außer dem völligen Fehlen des Geruchssinnes nichts Besonderes auf.

Nicht eine ganze Woche nach der Aufnahme bekommt die Kranke einen heftigen, depressiv agitatorischen Erregungszustand: sie schreit und weint, sie sei das Leben nicht mehr wert, man solle sie vor die Eisenbahn werfen. Das Bewußtsein während dieser anfallartigen Erregung,

die sie im Laufe des Tages schon vorausgespürt hat, ist völlig erhalten. Rasch, ganz plötzlich tritt wieder Beruhigung ein: Pat. spricht wieder vollständig klar, weiß noch genau Bescheid mit ihrer Erregung, und was sie in derselben geäußert hat. Als Ursache für ihren Erregungszustand gibt sie die etwas zu laute Umgebung und die traurige Stimmung über den Verlust ihres Geruchsinnes an.

Pat. lebt in leichter Verstimmung, macht einmal einen Fluchtversuch und äußert einmal, sie habe unter die Eisenbahn wollen, ob sie denn geisteskrank sei. Schreibt folgenden Brief an ihren Bruder:

„Lieber Bruder! Schon lange ist es, daß ich Dir nichts mehr geschrieben habe, es ist mir leider unmöglich, ich bin in X. (früherer Anstaltsaufenthalt) wieder sehr aufgeregt worden und bin recht schwach geworden. Dein Besuch hat mich so sehr gefreut, besonders weil Du zweimal zu mir gekommen bist in einer so kurzen Zeit, wo Du in Deiner Heimat verweilen durftest. Aber später war es mir so arg, daß ich nicht mit konnte, und Du hättest mich doch sicher mitgenommen und hättest mich auch brauchen können, wenn mein kranker Arm nicht gewesen wäre. Lieber Bruder! entschuldige deshalb, daß ich Dir jetzt erst schreibe, daß ich hier bin seit 9. Oktober, es hat lange gedauert, bis ich hierher kam. habe im Monat Juli schon verlangt, mich versetzen zu lassen, meinte immer, Herr Direktor wolle mich nicht gehen lassen und habe mich deshalb sehr aufgeregt, auch habe ich noch viel büßen müssen unschuldig. und bin schwer mißhandelt worden von den Wärterinnen, auch sollte ich gesagt haben, ich schlage die Oberwärterin tot; eine Patientin konnte mich nicht leiden und hat deshalb über mich gelogen. Und dann hat mich die Oberpflegerin verklagt, ich sei aufgeregt beim Herrn Direktor, war aber nicht mehr, sondern ich lachte noch über das, was die Patientin sagte. und das hat die Oberwärterin geärgert, sie ließ mich dann zu 7 Wärterinnen in einen Saal tun, natürlich wurde ich sehr aufgeregt durch den Schrecken, ich wäre gerne mit einer Wärterin gegangen. Sie rissen mir die Kleider vom Körper und banden mir die Augen zu und haben mich auf den Boden geschmissen, und dann gab mir Herr Direktor zwei Spritzen. Kam dann in eine Zelle 5 Wochen, 8 Tage habe ich nichts essen können, auch kam kein Arzt zu mir, ich war immer aufgeregt, weil ich immer gereizt wurde, auch war ich wieder eine Zeitlang ruhig, bloß damit man mich freilassen soll, bekam jeden Tag zwei bis drei Einspritzungen und kalte Wickel, es war fürchterlich; verlangte Schlafmittel, bekam keine, und jeden Morgen kam ich in kalten Wickel 1 Stunde. Auf den Knien habe ich sie gebeten und geweint, sie sollen mich nicht so mißhandeln, ich ließe mir gefallen, wenn ich geschlagen oder was zerrissen hätte. Hatte einmal gesungen, dann hat mich die Wärterin verklagt, bekam einen Wickel und Herr Doktor kam dann und wollte mich einspritzen, natürlich ich weigerte mich und sagte, ich hätte bloß gesungen, er sagte, das dürfe man und bin dann verschont geblieben. Lieber Bruder! Ich bin in X.

sehr heruntergekommen, habe in ½ Jahr um 23 Pfund abgenommen, dann kannst Du Dirs denken, daß ich schwach geworden bin, und es geht mir jetzt deshalb sehr schlecht, so bin ich noch nie gewesen in meinem ganzen Leben. Und wenn ich nur daran denke an das erste Jahr, wo ich krank geworden bin, war ich noch viel besser daran, wie jetzt, und jetzt bin ich verloren ganz. Wäre ich nun gleich nach Winnental gekommen, dann wäre ich jetzt gesund, man hat hier eine gute Behandlung, aber jetzt ist es zu spät, was nützt es jetzt mein Leben mehr, denn ich weiß gewiß, daß ich verloren bin, und wie hab ich immer die Marie und den Vater gebittet, sie sollen mich doch holen, und wieviel habe ich in Pfullingen gearbeitet, alles umsonst, jetzt könnte ich nicht in die Welt, noch das Eine bleibt übrig, ich muß unter die Eisenbahn, ist dann doch besser, als mein Leben lang in den Anstalten sein und soll nichts mehr verdienen können. O wie gerne habe ich immer gearbeitet, aber jetzt kann ich nicht mehr. Lieber Bruder! Ich muß es Dir schreiben, ich habe Tag und Nacht keine Ruhe mehr. Die vielen Schlafmittel und die vielen Spritzen, die kalten Wickel, die ich habe nehmen müssen, haben mich jetzt furchtbar schwach und elend gemacht, habe immer noch eine Freude gehabt am Leben. Es ist auch schon zu lange, daß ich eigentlich fort bin. Die Hände sind mir auf den Rücken gebunden worden, ich habe immer das Gefühl irgendwo anders werde ich wieder gesund, Du wirst schon etwas wissen. Ich denke oft, wenn ich nur meinen Verstand gar nicht mehr hätte, und die Angst, wo ich von X. her habe, ist schrecklich. Mein Arm ist jetzt wieder recht geworden, bloß in zwei Fingern habe ich gar kein Gefühl, den Menschen kann man krank machen, aber nicht leicht gesund bei solcher Krankheit. Es würde mich auch wieder freuen, wenn Du was hören läßt, Deine zwei Karten habe ich schon lang erhalten, besten Dank. Vater schrieb mir einmal. Nun schließe ich mein Schreiben mit vielen herzlichen Grüßen Deine Schwester."

I. 12. Ihr Befinden ließ immer etwas zu wünschen übrig: sie stößt sich den Kopf an die Wand, sie zerreißt, gibt häufig keine rechte Auskunft, wird gelegentlich erregt. Will in eine Anstalt mit Schwestern (weil sie selbst Wärterin war). Steht nicht auf, sie sei zu schwach.

II. 12. Wird widerstrebender, droht mit Gewalttätigkeiten und führt dann solche auch aus. Tagelang überlautes sinnloses Schreien, fortwährende Gewalttätigkeiten, so daß sie fast den ganzen Tag in feuchter Packung liegen muß. Auf der unruhigen Wachabteilung wird sie rasch ruhiger.

IV. 12. Von Zeit zu Zeit Verstimmungs- und Erregungszustände, in denen die Kranke abweisend ist, gewalttätig wird, sich selbst kratzt, beißt, den Kopf anschlägt, sich die Speisen über den Kopf schüttet usw. Meist tritt bald wieder Beruhigung ein. Es besteht völlige Orientiertheit. Reizbar; als ihrem Wunsch, auf eine andere Abteilung versetzt zu werden,

nicht entsprochen wird, höchste Wut. Macht kurz hintereinander zwei Selbstmordversuche.

V. 12. Meist freundlich, glaubt nicht mehr gesund zu werden, ab und zu verstimmt.

VI. 12. Ganz abweisend, verstimmt, gereizt, reißt sich Haare aus, beißt sich in die Arme, schlägt den Kopf gegen die Bettstelle. Macht einen Strangulationsversuch, zerkratzt sich das Gesicht, verweigert die Nahrungsaufnahme, gibt keinerlei Auskunft, widerstrebt passiven Bewegungen mit äußerster Kraft, schlägt ihren Kopf gegen Wand und Bettstelle, macht einen Fluchtversuch. Viele Einpackungen.

Liegt meist in starrer Haltung zu Bett, gelegentlich Selbstbeschädigungsversuche wie bisher. Schreibt u. a. wieder an ihre Schwester: „Wußte nicht, daß ein Mensch so werden kann, wie ein Tier bin ich, ich gehöre nicht mehr unter die Menschen und so häßlich sehe ich aus, es ist schrecklich. Der Verstand ist auch stumpf und halb blöd, die Augen kann ich kaum mehr aufmachen, ich gehöre in die äußerste Finsternis hinaus, da wird sein Heulen und Zähneklappern" und weiter: „Ich habe das Leben und Essen nicht mehr verdient, abscheulich bin ich anzusehen."

VII. 12. Erwürgungsversuche, starre Haltung.

X. 12. Versteckt sich unter der Decke, spricht wenig, vorwiegend depressiv gestimmt.

XI. 12. Selbstbeschädigungs- und Fluchtversuche.

XII. 12. Zwei Selbstmordversuche, eine Schreiszene anläßlich der allgemeinen Visite. In einem inhaltlich und formell gut geschriebenen Brief mit der Rückaufschrift: Absender Direktion Heilanstalt Winnental bei Winnenden Oberamt Waiblingen, steht folgendes: „Hier lege ich noch ein kleines Gedicht bei von mir:

1. Unverstanden, ungeliebt muß ich gehn durchs Leben,
   Keinen größern Schmerz es gibt, hat es je gegeben.
   Vater sei barmherzig mir, reich' mir Deine Hände,
   Nimm mich aus dem Kummer hier, Vater mach' ein Ende.
2. Nimm mich hoch hinauf zu Dir, auch zu meinen Lieben;
   Denn mein Herz möcht fort von hier, sehnet sich nach Frieden,
   Meine Kraft versiegt bald ist und mein Mut zu Ende,
   Sei barmherzig Deinem Kind, es sucht Deine Hände.
   Aus dem Herzen tropft das Blut, tropft aus tausend Wunden,
   Heißes rotes Herzensblut, wie werd ich gesunden.
3. Unverstanden, ungeliebt muß ich gehn durchs Leben,
   Keinen größern Schmerz es gibt, hat es je gegeben,
   Vater, Mutter, die mir lieb, geht den Herrn zu bitten,
   Daß ich weiterwandern darf, sein in Eurer Mitten.

Ich will nicht verschweigen, daß dieser Fall derjenige ist, bei dem mir weniger durch die eigene Beobachtung der Kranken als

durch das Studium ihrer Krankengeschichte Zweifel kamen, ob wir es hier mit einer katatonischen oder einer hysterischen Erkrankung zu tun haben, oder ob beides in irgendeiner Form nebeneinander einhergeht. Zum voraus muß ich zur Erwägung geben, daß die Kranke im Anschluß an eine äußere Ursache, Geburt eines unehelichen Kindes, erkrankt ist, daß ihre Intelligenz in der sich über 8 Jahre — wenn auch mit freien Zwischenpausen — erstreckenden Beobachtungszeit sich nicht verändert hat, was einwandfrei festgestellt werden konnte, und was die Krankengeschichte durch Wiedergabe ihrer Briefe und des Gedichts zeigt, und zum letzten, daß sie selbst Wärterin in einer Anstalt gewesen ist. Wenn ich mir aber die Kranke in ihrem heutigen Zustande ansehe, so finde ich eine mittelgut genährte, blaß aussehende Kranke mit geplagtem Gesichtsausdruck in starrer Haltung im Bett liegen. Begrüßt man sie, so gibt sie die Hand und bewegt die Lippen, blickt wohl auch nach dem Arzt, bleibt aber sonst liegen wie sie ist. Ihre Arme läßt sie passiv bewegen, der Kopf wird absolut starr gehalten, Auskunft erhält man meist nicht, gelegentlich ist sie gegen sich selbst gewalttätig, macht Erdrosselungsversuche, verweigert die Nahrung und ist gänzlich unzugänglich. In etwas besseren Zeiten spricht sie auch, sie sei so schwach im Kopf, es sei nicht mehr wie früher, ihr Zustand werde nicht anders, sie sei unheilbar[1]). Und wenn wir rückwärts gehen, so finden wir diese Wahrzeichen: den Mutazismus, Negativismus und die Spannungserscheinungen immer wieder, wenn auch selten ganz unbeeinflußbar. So waren im Beginn, als sie im 22. Lebensjahr erkrankte, die Erscheinungen festgelegt mit initialer trauriger Verstimmung, Lebensüberdruß. Aus der Wärterinstelle lief sie ohne Kündigung weg, weinte einige Wochen lang zu Hause, kam dann wieder in Stellungen und erkrankt in einer „besonders strengen" mit Angst, Halluzinationen und Schlaflosigkeit. Ganz gewiß erinnert

[1]) In doppelter Hinsicht war ein Brief interessant, den die Kranke erst nach Abschluß der Arbeit schrieb. In ihm teilte sie einen langen Lebenslauf mit, in dem sie sich zahlreicher sexueller Verfehlungen beschuldigte, die sie angeblich bis dahin zum Teil verschwiegen hat. Ferner schreibt sie lang und breit von der Dr. *Fauser*schen Entdeckung, von der sie in der Zeitung gelesen habe: „Ich wünsche, daß auch hier in dieser Anstalt die Ärzte mit der Nachprüfung der Ergebnisse beschäftigt sind, und ein Heilmittel gegen jene unheimliche Krankheit, die Geisteskrankheit, erfinden mögen."

uns diese Entstehungsgeschichte der psychischen Erkrankungen sehr an die unserer Patientin I, bei der sich inzwischen eine hebephrenische Verblödung ausgebildet hat. Es wurde damals auch „Dementia praecox“ diagnostiziert. Nächtliche Angst, Beziehungswahn bildeten den Grund zu periodischen Erregungszuständen. In der ersten Anstalt wechseln stuporöse mit explosiven Zeiten, es fällt Stumpfheit und Affektlosigkeit auf. Beim Nähen einer Wunde fällt auf, daß Pat. keinen Schmerz empfindet. Die Beurteilung des Krankheitsfalles durch unsere beiden Vorbeobachter fordert zur Kritik heraus. Wenn man auch zugeben muß, daß Angst und Schlaflosigkeit im Beginn der Dementia praecox ohne weiteres als Haupterscheinungen auftreten können, und daß Halluzinationen dazu noch sehr gut passen, so muß man sich doch die Mühe nehmen, diese Halluzinationen zu erklären. Mir sagte die Pat., sie habe Kindergestalten und angenehme Musik wahrgenommen, das sei jetzt nicht mehr da, nur durch Anwendung von Schlafmitteln kommen gelegentlich noch Gesichtstäuschungen vor. Wenn man dieses Abhandenkommen von Halluzinationen in Betracht zieht, das ich für glaubwürdig halte — denn auch in ihren recht offenherzig gehaltenen Briefen erwähnt sie davon nie etwas —, und bedenkt, daß sie früher Wärterin war und auf sie, als eine labile Seele, der Anblick und die Erscheinungen Geisteskranker zweifellos sehr eingewirkt haben, so glaube ich, daß dort der Grund zu den Sinnestäuschungen zu suchen ist, daß sie suggerierte waren, die dann bei Gelegenheit, so bei Anwendung von Schlafmitteln, auftauchten. Auch der Inhalt dieser Sinnestäuschungen spricht sehr für Schlafmittelwirkung, ihre Unveränderlichkeit für psychogenen Ursprung. Dann die berichtete Affektlosigkeit. Ich glaube mit keinem Urteil muß man vorsichtiger sein, als mit der Feststellung einer gemütlichen Verödung. Nach der Versetzung hierher ergab eine kurze Prüfung auf gemütliche Reaktionen durchaus die Befunde, die wir von einem gesunden Menschen ihres Standes erwarten müssen. Wenn das nicht genügen sollte, so tut es vielleicht die Versicherung, daß die Pat. sich hier, lieber allerdings unbeobachtet, für alles, was vorgeht, lebhaft interessiert, daß sie viele Zeitungen liest und schließlich Briefe schreibt, wie den abgedruckten, bei dessen Kritik wirklich die Annahme einer Affektlosigkeit nicht am rechten Orte wäre. Man kann sich ja selbst so und so oft überzeugen, daß man Kranke, die Wochen

und Monate lang stumm daliegen, und deren Krankheit nicht etwa mit dem Stupor akut entstand, sondern bei denen er sich im Laufe der Krankheit herausgebildet hat, für urteilschwach und für gemütlich verblödet hält. Angenehme Enttäuschungen beweisen uns oft das Gegenteil.

Damit wären wir so weit gekommen, ohne nur annähernd am Schlusse der Krankheitsbeobachtung zu sein, eine katatonische Erkrankung ausschließen zu können: Vom Ende ausgehend stellen wir das Fehlen einer gemütlichen Verblödung, das Fehlen des von ihr selbst beschriebenen stumpfen Wesens und blöden Aussehens („der Verstand ist auch stumpf und halb blöd die Augen"), das Fehlen von ständigen, wechselnden, zu Erregungszuständen führenden Sinnestäuschungen, das Fehlen eines konsequent durchgeführten Spannungszustandes, eines ständigen Mutazismus oder Negativismus fest und erkennen sämtliche Symptome der Krankheit als psychogen entstandene an. Leicht ist dieser Entschluß nicht, aber wir müssen uns aus dem Gesamtbild heraus die Symptome unbedingt so erklären. Greifen wir die Spannungs- und Erregungszustände heraus. Sie zeigen sich als außerordentlich variabel, nicht nur in ihrem Vorhandensein überhaupt, sondern auch in ihren Einzelheiten: Neben dem gänzlich gespannt gehaltenen Kopf aktiv und passiv bewegliche Arme, ein anderes Mal wieder alles beweglich, dann Spannung, sobald man etwas mit der Pat. spricht, was sie nicht gerne hört, bzw. Lösung der Spannung bei geeignetem Zusprechen. Und noch eklatanter zeigt sich das bei den Erregungszuständen. Die Intervalle sind unregelmäßig, der Grad der Erregung ist von der Abteilung abhängig, auf der sich die Pat. befindet; sie verschwindet rasch, wo man damit fertig wird, nämlich auf der unruhigen Wachabteilung, sie hält länger und mit größerer Heftigkeit an, wo man nicht darauf eingerichtet ist. sie zu bewältigen. Die Erregung steigert sich beim Anblick der Erregung einer anderen Hysterischen, und sie tritt vor allem nur auf äußere Anlässe hin auf.

Nun können wir neben diesen rein objektiven Befunden noch die Pat. reden lassen, ihre Produktion an Briefen war nie gehemmt, und oft fanden sich welche, die den Umfang des angeführten Schreibens zeigten. Es ist merkwürdig, wie der Zustand, in dem wir sie im Februar 1912 beobachteten, diese höchste Erregung mit Gewalttätigkeiten,

sinnlosem Schreien und Selbstbeschädigung, in ihrem Brief vorzüglich beschrieben ist, wie aber natürlich der Grund zu dieser Erregung ein geringfügiger war bzw. ein Unrecht gegen sie sein sollte. Nebenher geht immer wieder dieses eigenartige subjektive Abstumpfungsgefühl: „Habe immer auch noch eine Freude gehabt am Leben", „Der Verstand ist stumpf". Wir haben es hier offenbar mit derselben Erscheinung zu tun, wie bei unserer Patientin I und II: Beobachtung der eigenen Krankheit und Demonstration ihrer Erscheinungen in ausgiebigstem Maße. Darauf brauche ich nicht besonders hinzuweisen, daß die Form in ihrem Schreiben und die Verfertigung des vorgedruckten Gedichtes absolut dafür spricht, daß kein Kombinationsdefekt, keine affektive Verblödung bei der Pat. vorliegt, sondern daß die Verstandes- und Affektleistung vorzügliche sind und schon dadurch die schwere Erkrankung in ihrem langen Bestehen sich als psychogen, das geistige Leben nicht ruinierend erweist. Das Gedicht, für ein Dienstmädchen eine erkleckliche Leistung, halte ich nicht für völlig ihrem Kopf entsprungen. Leicht beeinflußbaren Naturen kann es vorkommen, daß sie etwas Derartiges vor nicht allzu langer Zeit gelesen haben, daß sie dann, ohne es zu wollen, in ihrem eigenen Schaffen von dem Gelesenen beeinflußt werden; und ich weiß, daß die Kranke besonders gerne Gedichte las. Wenn wir für diese Handlungen einen Grund suchen wollen, so muß er darin liegen, daß die Kranke gänzlich von einer affektbetonten Gedankenrichtung beherrscht ist, die sie oft nicht zu durchbrechen vermag, hier von dem Gedanken geisteskrank zu sein. Daß diese vorherrschende Richtung und der sich daraus ergebende Effekt einer sich tatsächlich geisteskrank gebärdenden Patientin manchmal dem Beschauer den Eindruck gemütlicher Verblödung macht, ist deutlich. Wir vermögen das schon bei Gesunden zu beobachten: wer sich längere Zeit intensiv mit einem Problem oder einem Beruf, der seine ganze Kraft in Anspruch nimmt, befaßt, erscheint seinen Mitmenschen und, wenn er sich selbst gut beobachtet, auch sich selbst anderen Interessen, sagen wir Kunst oder Politik gegenüber, äußerst indifferent: physiologisch gleichgültig, und, wenn er diese früher verfolgten Interessen gänzlich verliert, physiologisch verblödet. Und wie wir den Schreiben und Aussagen unserer Kranken ent-

nehmen, ist es sicher der Gedankenkreis der eigenen Krankheit, der sie beansprucht, und der ein ständig um das eigene Ich sich drehendes Denken verursacht. Verhältnismäßig gering war bei unserer Kranken die Suggestibilität, man kann ihr z. B. den Glauben an ein Wiedergesunden nicht einsuggerieren, sie hält an ihrer Vorstellung, an einer unheilbaren, zum Schwachsinn führenden Krankheit zu leiden, fest und quält sich entschieden lange Zeit mit diesem Gedanken, ohne auf irgend jemand zu hören, der raten oder helfen wollte. Man hat entschieden den Eindruck, daß solche „verschleppte" Fälle, die eine gewisse Entwicklung ohne dauernde Besserung hinter sich haben, an Suggestibilität erheblich eingebüßt haben, und das würde ja im allgemeinen nur bestätigen, was *Gaupp* in seiner Hysterietheorie schon gesagt hat, daß das Regulierungssystem des ausgewachsenen Menschen, wenn es einmal beschädigt ist, viel schwerer wieder zum Normalen zurückkehren wird, wie das unfertige, eindruckfähige des Kindes, und daraus ergibt sich ja ohne weiteres der geringere Erfolg unserer Suggestion. Und Suggestion ist und bleibt doch allem nach jede Hysterietherapie, und ein durch sie herbeigeführter Erfolg bedeutet Rückkehr zum Normalen, wenn auch oft nur für Augenblicke. Dieses Wiedergewinnen der gesunden Affektregulation scheint mir bei der Pat. hoffnungslos zu sein, ich halte die Erkrankung für prognostisch ungünstig, und die Kranke wird sich wohl auch fernerhin in ihrem unangenehmen Ideenkreise weiter verlieren.

IV. R. H., geboren Januar 1869. Eintritt September 1911. Krankenschwester. Keine erbliche Belastung; als Kind kräftig und gesund, war ruhig, nicht erregbar, religiös. Beginn der Erkrankung 1899/1900. Der Schwager der Pat. glaubt, es sei ihr bei einer Operation eines Syphiliskranken etwas ins Auge gespritzt (?). Nach etwa ½ Jahr sei sie am Auge operiert worden. Später soll sie unter den Erscheinungen einer Hirnentzündung erkrankt sein und deshalb mehrmals am Kopfe operiert worden sein. War in S. schon in mehreren Krankenhäusern, hatte u. a. eine Darmblutung vorgetäuscht, indem sie Blut, das sie ihrem Arm entnommen, dem Stuhlgang beimengte. Wurde wegen schwerer Hysterie, verbunden mit geistiger Störung, ins Spital eingeliefert. Bei der Aufnahme lag sie in stuporösem Zustand im Bett, reagierte auf Anrede und Berührung kaum. An den Extremitäten ist die Schmerzempfindung fast völlig aufgehoben, es besteht Katalepsie, Patellarreflexe nicht auszulösen, Kornealreflex positiv. Verlauf: Der Stupor läßt zunehmend nach, doch besteht Bewußtseinstrübung. Zeitweise Sondenernährung. Kein Negativismus, keine Manieren.

VII. 08. Sie wird in eine Privatirrenanstalt aufgenommen. Dort wird berichtet: Pat. hat sich ganz still und ruhig verhalten, redet sehr wenig, meist mit leiser Stimme, liegt gewöhnlich mit geschlossenen Augen da, kümmert sich — anscheinend — nicht um die Außenwelt. Nahrungsverweigerung.

X. 08. Verhält sich geordnet, ist freundlich, ruhig, spricht im allgemeinen nicht viel. Im großen und ganzen scheint Pat. nicht aufrichtig zu sein, hat anscheinend allerhand Hintergedanken, mit denen sie nicht recht herausrückt.

XII. 08. Verschiedentlich Nahrungsverweigerung, an solchen Tagen bleibt sie dann im Bett, reagiert nicht, liegt anscheinend teilnahmlos da, merkt aber auf alles auf. Mitunter behauptet sie, dies oder jenes gesehen oder gehört zu haben, doch ist es recht deutlich, daß sie nur simuliert.

VI. 09. Hat in den letzten Monaten keine gute Zeit gehabt und sich recht unangenehm bemerkbar gemacht. Als sie in den Garten gehen sollte, weigerte sie sich, nahm aus Trotz und Eigensinn tagelang keine Nahrung zu sich, mußte gefüttert werden. Bei der Medizinalvisitation redete ihr die Kommisison zu, sich in die Ordnung zu schicken. Die Folge davon war, daß sie in der Nacht darauf Nachttisch und Stühle demolierte, zerriß, was ihr unter die Finger kam. Nachher tat sie, als wisse sie von alledem nichts. Täglich künstliche Ernährung. Ist eine höchst unlautere, unwahre, eigensinnige Kranke, mit der man sehr schwer tut.

X. 09. Auf die Dauer tut sie nirgends gut, war ab und zu verstimmt und moros. Sondenernährung.

XI. 09. Es tritt allmähliche Besserung ein, wird im Dezember 1909 beurlaubt.

Wiederaufnahme in dieselbe Anstalt erfolgte im März 1910. Diagnose wurde auf degeneratives Irresein gestellt. Sie war zu Hause gereizt worden, in Konflikt mit den Angehörigen geraten, lag tagelang zu Bett, verweigerte die Nahrung. In der Anstalt war sie zunächst ruhig, anscheinend teilnahmlos, nahm keine Nahrung.

VII. 10. Ab und zu Stimmungsschwankungen, ist dann eigensinnig, trotzig; ist eine exquisit degenerierte Person.

IX. 10. Muß andauernd mit der Sonde ernährt werden, nimmt die Speisen, die man ihr hinstellt, nur ganz selten, stiehlt aber, wenn sie sich unbeachtet glaubt, ihren Mitkranken das Essen weg. Ist durch und durch unlauter, unwahr, der Typus einer minderwertigen, vor allem moralisch defekten Persönlichkeit.

II. 11. Im letzten Vierteljahr häufig sehr schwierig, schikanierte und plagte ihre Umgebung, wo und wie sie nur konnte, ertrug nicht den mindesten Widerspruch, geriet sofort in heftigste Wut, zerstörte, was ihr in die Hände kam, zerriß ihren Bettüberzug mehrere Male in lauter kleine Fetzen, schlug Scheiben hinaus, warf das Essen in den Nachtstuhl. Ist eine verlogene, bösartige, intrigante Person.

IV. 11. Sie wurde zu einer Bekannten, die sich erbot, sie aufzunehmen, entlassen, und dort geht es ihr gut, einzig und allein, weil Pat. will.

VIII. 11. Sie wird zum drittenmal aufgenommen in derselben Privatanstalt, von dort nach wenigen Tagen hierher nach Winnental versetzt.

IX. 11. Aufnahme in Winnental: Pat. zeigt traurigen Gesichtsausdruck, gibt auf Befragen zuerst nur leise und zögernd, im Laufe der Untersuchung jedoch lebhafter und prompter Auskunft. Sie ist örtlich und zeitlich orientiert. Über ihren bisherigen Anstaltsaufenthalt kann sie ziemlich gut aussagen.

Früher als Krankenschwester hat sie eine Operation am Warzenfortsatz durchgemacht, und später hatte sie Urinbeschwerden: häufiger Urindrang, konnte das Wasser nicht halten, ohne Erfolg wurden Blasenspülungen gemacht, dann habe man gesagt, es sei nur Einbildung von ihr. Sie sei dann zu einem Frauenarzt, der eine Gebärmutterknickung aufrichtete, darnach war es eine Zeitlang besser. Bald nachher machte sie einen Selbstmordversuch: versuchte die Pulsadern mit einer Schere zu öffnen, was aber nicht gelang. Jetzt weigert sich die Kranke, Nahrung zu sich zu nehmen, sie behauptet, das Essen nicht wert zu sein, sie habe früher ihre Kranken nicht richtig gepflegt, wenn sie esse, kommen nachts die an Hunger Gestorbenen zu ihr. Auf vieles Zureden nimmt die Kranke eine Tasse Milch.

Der körperliche Befund bietet keine Besonderheiten, außer geringfügigen Abweichungen in der Sensibilität (es ist schwer, sich auf die Angaben der Pat. zu verlassen). An beiden Unterarmbeugeseiten finden sich zahllose kleinste, teils weiße, teils leicht gerötete Narben, die stellenweise dem Laufe der Venen folgen und in den Ellbeugen besonders zahlreich sind, nach Angabe der Kranken rühren sie von Selbstmordversuchen her.

Bald muß Sondenernährung eintreten, der sie sich anfangs widersetzt. Im Beginn war die Kranke auch nachts sehr unruhig, sprach viel, offenbar auf Gehörstäuschungen antwortend; seit sie Veronal bekommt, schläft sie sehr gut.

X. 11. Sie erzählt immer gerne von ihrem früheren Anstaltsaufenthalt. Sie behauptet, ihre Nahrung schmecke versalzen, aber auch alles andere, Milch usw., habe denselben Geschmack. Die Kranke klagt, man ziehe sie bei Nacht an den Fingern, so daß sie nicht schlafen könne.

Übergab folgendes Gedicht:

1. Da kommt der böse Doktor her
Wohl mit dem dummen Schlauch,
Ich aber denk, wenn er nicht wär,
Wär nicht der schlimme Brauch.
Er könnte sein im Pfefferland,
Wo er nur gerne wär,

Dann hätte ich doch freie Hand,
Gegessen würd nicht mehr.

2. Und so kommt jeden neuen Tag
Auch wieder neue Plag.
Auch wenn ich oft und vielmals sag,
Daß ich nichts essen mag.
Dem Doktor gäb, wenn Meister ich,
Zehn Sonden, eine drein,
Damit gewiß und sicherlich
Er könnt zufrieden sein!

3. Und kann er nicht zufrieden sein.
So bleibt mir nur ein Rat,
Daß einmal doch die arme Seel
Auch ihre Ruhe hat.
Er solle essen, stets für mich,
Wenn wird der Tisch gedeckt,
Wünsch ich sein bestes Leibgericht,
Prost Mahlzeit, wenn es schmeckt!

X. 11. Als Krankenpflegerin hat sie sich vielfach als Opfer ihres Berufes gefühlt. Auf dieser Basis waren zu Beginn der Krankheit zweifellos hysterische Erscheinungen vorhanden. Von den schweren ethischen Defekten, die aus dem früheren Anstaltsaufenthalt berichtet wurden, hat sich hier bis jetzt nichts gezeigt. Vorübergehend waren kataleptische Erscheinungen da. In Briefen finden sich Wiederholungen, einer schließt mit dem Satz: „Einen herzlichen Gruß an die Hunde und alle Bäume im Wald.“ Es fällt auf, daß sie den Anstaltsdirektor ständig für ihren ehemaligen Lehrer hält, der alle ihre Streiche von früher kenne.

XI. 11. Die Sondenernährung kann nur ganz selten ausfallen. Geäußerte Blasenbeschwerden scheinen stark übertrieben zu sein. Schwindelgefühl, das sie früher gehabt haben will, hat sich gebessert, doch fiel sie gelegentlich rückwärts, nachdem sie von einer Mitkranken leicht gestoßen worden war, ohne sich übrigens zu verletzen. Wenn sie nicht beobachtet ist, scheint sie dann und wann mit einer Mitkranken zu streiten. Sonst meist zurückhaltend, freundlich und dankbar; gibt auf Befragen immer in geordneter Weise sinngemäße Antwort. Beim Sprechen langsam.

XII. 11. Tagüber ist die Kranke ruhig, freundlich, bescheiden, zeigt eine gewisse Langsamkeit des Erfassens, Redens und Handelns; sie nimmt sich einer älteren Mitkranken an, welche ihrer verstorbenen Mutter ähnlich sehe. Über ihre Wahnideen spricht Pat. nicht gerne, doch bestehen dieselben offenbar in unveränderter Weise fort. Dauernd Sondenernährung. Nachts viel unruhig, offenbar unter dem Einfluß von Halluzinationen.

I. 12. Ernährt sich selbst mit der Sonde.

II. 12. Wurde eines Morgens anscheinend bewußtlos von der Wärterin am Boden liegend aufgefunden, hat sich jedoch bald wieder erholt. Eine Patientin, deren sich die Kranke angenommen hat, beschwert sich, daß sie sie heimtückisch schlage.

III. 12. Die Kranke verweigert jede Nahrungsaufnahme; im übrigen verhält sie sich meist ganz ruhig und teilnahmlos, liegt dauernd zu Bett, ist dabei völlig orientiert und gibt stets sinngemäße Antwort. Die Stimmung ist vorwiegend gedrückt, doch nicht so, daß Pat. über ein gelegentliches Scherzwort nicht lachen würde. Stärkere Erregungen sind nicht mehr aufgetreten, nur bei der Ernährung wehrt sich Pat. manchmal energisch.

V. 12. Glaubt nie mehr gesund zu werden, will nicht, daß ihre Schwester zu Besuch kommt, kann sich nicht zum Schreiben entschließen.

VII. 12. Ist sehr unverträglich, plagt Mitkranke, trinkt nur einen Teil der Kraftnahrung. Wird deshalb wieder künstlich ernährt. Wehrt sich heftig, schimpft nachts stundenlang.

VIII. 12. Meist ruhig, nachts ein bis zwei Stunden unruhig infolge ihrer Gehörstäuschungen: „Sie esse anderen die Sachen weg". Die Sonde führt sich Pat. wieder selbst ein.

IX. 12. Sie begehrt dauernd nach Hause, beklagt sich, daß sie auf der unruhigen Wachabteilung sei. Ißt nichts mehr. Nach Stimmen befragt, gibt sie an, die Stimmen der Patienten zu hören, aber sonst nichts; schreibt in einem Briefe: „Mein Aufenthalt in der Anstalt hat keinen Wert, das sagen mir die Patienten, die fühlen es selbst, essen kann ich noch weniger, ich muß hier noch mehr hören, als in X." Sie meint dann: Man glaube ihr es nicht immer, was sie höre. Durch sehr eindringliches Zureden ist Pat. dazu zu bewegen, wieder etwas zu essen, aufzustehen und ins Freie zu gehen. Die vielen Bedenken, die sie dem Essen, Aufstehen und Arbeiten entgegenbringt, erklärt sie durch lauter frühere Erlebnisse, teils schreckhafter Natur, teils durch Worte von früheren Bekannten, denen sie ganz besonderen Wert beilegt.

Wird auf eine ruhige Abteilung versetzt. Die Versetzung fällt ihr zunächst wieder sehr schwer, sie findet sich dann aber zurecht. Erzählt Ref. von ihrem früheren Aufenthalt in der Anstalt in X., weiß noch alles genau, selbst wie viele Scheiben sie hinausgeschlagen hat, und daß sie sehr erregt war. Was ihre Gesichtstäuschungen anlangt, so führt sie dieselben darauf zurück, daß ihr als Krankenschwester einmal einer begegnet sei auf der Frauenabteilung, wie sie Nachtwache hatte, und sie furchtbar erschreckt habe, und der sei in X. gekommen und komme auch hier. Schreibt ihrem Schwager, er möchte sie besuchen, aber sofort zu ihr kommen und nicht erst ins alte Haus gehen. Als Erklärung gibt sie an, sie habe dort so viel durchmachen müssen, und sie fürchte, man könne es ihren Angehörigen auch so machen.

X. 12. Seither ruhig, freundlich, fleißig, nimmt ihre Nahrung. Halluziniert offenbar noch, spricht im Bett unter der Decke und erklärt auf Befragen, sie spreche „mit denen, die auch mit ihr sprechen". Wer dies sei, kann sie nicht angeben.

XII. 12. Als ihr einmal nicht gestattet wurde, in die Nacht hinein fortzuarbeiten, und sie daher mit einer Arbeit nicht mehr für den Weihnachtstisch fertig wurde, wurde sie verstimmt und verweigerte die Nahrung.

Schlußuntersuchung: Außer den schon oben angeführten Sensibilitätsstörungen, die heute noch ganz ähnlich wie damals und auf der einen Seite stärker ausgeprägt sind wie auf der andern, finden sich keine körperlichen Störungen, die als Stigmata aufgefaßt werden könnten. Psychisch zeigt sie sich zurzeit etwas freier. Gedächtnis, Urteilsfähigkeit, Auffassung und Aufmerksamkeit sind in keiner Weise gestört, Pat. spricht auch von selbst, man muß durchaus nicht alles aus ihr herausholen. Die Frage nach dem Grund und dem Eintreten ihrer psychischen Erkrankung und der jeweils dem Außenstehenden unmotiviert erscheinenden Verstimmungszustände, in denen sie gereizter und abweisender ist, weiß sie nicht zu beantworten. Daß wohl irgendein längst überstandenes Erlebnis nachwirkt, wird bestritten oder dieser Gedanke wenigstens nicht ohne weiteres aufgenommen. Sie erzählt dann noch viel von ihrem Leben, in dem drei sehr gefühlsbetonte Momente eine Rolle spielen: einmal war sie mit 18 Jahren verlobt (1887), aber der Bräutigam starb rasch weg, worauf sie schon damals lange Zeit nicht arbeitsfähig und pflegebedürftig geworden sei, der Zustand besserte sich, sie wurde Schwester, und da kam ein körperliches Leiden — ein aller Behandlung trotzendes Blasenleiden — als nächstes glückzerstörendes Ereignis, sie kam schließlich in die Anstalt, und in einer Pause des Anstaltsaufenthalts starb ihre Mutter, die sie am Lebensabend selbst gepflegt hatte, und deren Tod ihr sehr nahe ging. Seither hat sie sich nicht wieder völlig erholen können und behielt immer den gleichen eigenartigen Krankheitszustand bei, der sich im wesentlichen aus schlechtem Essen und Schlafen, das sie auf die Halluzinationen von den gestorbenen Patienten, die nachts zu ihr kommen, schiebt, und einem eigenartigen, Mitleid zu erregen suchenden, jammervollen Allgemeinbild zusammensetzt. Intellektuell finden sich keine Störungen, wohl aber eine eigenartige Affektlage, die neben der deprimierten Grundstimmung heitere Momente nicht vermissen läßt, in denen sich ein sonderbarer Übermut, bis zur Böswilligkeit gehend, Bahn bricht.

Auch bei dieser Kranken steht uns glücklicherweise eine lange Beobachtungszeit zur Verfügung. Mehrere Aufnahmen in verschiedene Institute brachten es — fast selbstverständlich — mit sich, daß mehrere Diagnosen an ihren Fersen haften: Schwere Hysterie, degeneratives Irresein, paranoide Form der Dementia praecox. Zunächst muß ich letztere Erkrankung ausschließen. Zur paranoiden Demenz

würde zunächst gehören, daß wir im langen Krankheitsverlauf irgendwelche Symptome der Dementia praecox auffinden können, denn rein auf Grund der zweifellos vorhandenen Gesichts- und Gehörshalluzinationen kann man diese Diagnose doch nicht rechtfertigen. Man entdeckt nun bei aufmerksamer Betrachtung, daß tatsächlich Stupor- und Erregungszustände wechseln, aber nirgends findet man Spannungserscheinungen oder Negativismus verzeichnet, und vor allem vermisse ich eine nach so langem Krankheitsverlauf doch in irgendeiner Form zu erwartende Schädigung des Geistes- oder Gemütslebens. Allein die Affekte, die manchmal ja zu eigenartigen Wutanfällen exazerbiert sind, bleiben fast stets dieselben, und die intellektuellen Fähigkeiten sind erst recht nicht in Mitleidenschaft gezogen, die Kranke weiß noch heute jede Kleinigkeit ihrer Krankheit, sie kann erzählen, wie viele Scheiben sie in erregten Zeiten zertrümmert hat, ihr Urteil ist nicht getrübt oder geschwächt. Sie nimmt an allem teil, beobachtet alles sehr gut. Eine gewisse egozentrische Anschauung dürfen wir nicht als Defekt betrachten, sie würde sich bei dem langen Aufenthalt in Anstalten einstellen, auch ohne durch eine besondere Diagnose begründet zu sein. Damit wäre die Demenz abgetan und es bliebe noch die Paranoia. Die Kranke hört die Stimmen ihrer verstorbenen Patientinnen und sieht hin und wieder einen Mann, vor dem sie einmal früher bei einer nächtlichen Begegnung sehr erschrocken ist. Wenn wir diese beiden Halluzinationen, die sich in der gleichen Eintönigkeit, wenigstens während ihres hiesigen Aufenthalts, immer wiederholen, und mit deren erster sie die Nahrungsaufnahme verweigert, mit deren letzter sie gerne ein Schlafmittel zu erhalten sucht, so müssen wir sagen, daß sie beide eine ersichtliche psychische Ursache haben und als auf psychogenem Wege entstanden zu erklären sind. Das sind keine Halluzinationen, wie sie ein Halluzinant erzählt, der einem chronischen progressiven Leiden, wie es die Paranoia wäre, verfallen ist. Dazu kommt, daß die Kranke angibt, fast ausschließlich bei Nacht Sinnestäuschungen zu haben. Ich kann mir in solchen Fällen die Ansicht nicht verwehren, daß zu dem den Inhalt bildenden gefühlsbetonten Ereignis als auslösende Ursache die vorher bestehende Kenntnis vom Vorkommen von solchen Sinnestäuschungen hinzukommt. Ist die Erkrankte, wie hier, früher schon Krankenschwester gewesen, und hatte sie Gelegenheit, in einem

längeren Aufenthalt in einer Irrenanstalt halluzinierende Kranke kennen zu lernen, so ist es doch sehr wahrscheinlich, daß sie ihre Krankheit mit solchen selbstgesehenen Symptomen schmückt.

Es ist damit ausgeschlossen, daß in unserem Falle eine in Defekt ausgehende Psychose vorliegt, vielmehr handelt es sich um Geistesstörungen rein psychogener Natur; alles, was die Pat. erlebt hat, vor allem die am Schluß der Beobachtung noch besonders angeführten Daten des Todes des Bräutigams, der Tod der Mutter, körperliche Leiden sind von einer solch intensiven Störung des Affektgleichgewichts begleitet, daß Arbeitsunfähigkeit und schließlich die chronisch gewordene Schwäche gegen das eigene Ich eingetreten ist, die sich zuerst in eigensinnigem Widerstand, in geradezu infamer Zerstörung von allen möglichen Gebrauchsgegenständen, überhaupt in einer so widerstrebenden Reaktion auf äußere Einflüsse, selbst auf gütlichen Zuspruch, äußert, daß Urteile, wie „verlogene, bösartige, intrigante Person“ über sie ergehen. Wir haben es mit einer zweifellos degenerierten Persönlichkeit zu tun, die in ihrer Handlungsweise, ja überhaupt im Krankheitsbild, an jene eigenartigen Zustände erinnert, die *Bonhöffer* folgendermaßen beschreibt: „Hier sehen wir unter dem Eindruck affektbetonter Erlebnisse oder einer durch längere Zeit hindurch affektbetonten Situation, in der das Individuum lebt, krankhafte Eigenbeziehung, positive und negative Erinnerungsfälschung, Beeinträchtigungsideen im Sinne der überwertig gewordenen Idee sich entwickeln.“ Tatsächlich finden wir diese Erscheinungen bei unserer Kranken, z. B. weiß sie nichts mehr davon, daß sie Einrichtungsgegenstände demoliert hat (in der Krankengeschichte heißt es: „Sie tut, als wisse sie von alledem nichts“), ferner können wir uns so auch das Verlogene und Intrigante ihres Wesens erklären: sie fühlt sich beeinträchtigt, indem sie z. B. einmal erklärte, als Ref. sich nach dem ungenügend aufgenommenen Essen erkundigte, jetzt werfe man ihr auch das noch vor. Auch das Schlußurteil *Bonhöffers* über solche Kranke, es ergebe sich bei ihnen die Neigung zum Rechthaberischen, Selbstgerechten und Unbelehrbaren, sie bleiben lediglich schwierige und unerfreuliche Elemente innerhalb ihrer engeren sozialen Gemeinschaft, stimmt auf die Kranke genau; sie stieß überall auf Widerstand: als Schwester, in der Irrenanstalt, aber auch in den dazwischen liegenden freien Zeiten bei den eigenen Verwandten und

Bekannten. Doch scheint mir ihre Krankheit nicht so herausgeschält zu sein, wie diese degenerativ paranoische Psychose *Bonhöffers*, sondern es zeigen sich vielfache Übergänge und richtige Anzeichen der schweren Hysterie bei der Pat. Dahin rechne ich den Gedanken der Ableitung der Krankheit, daß ihr nämlich bei der Operation eines Syphiliskranken etwas ins Auge gespritzt ist, dann die bleibende Neigung, körperlich krank zu sein (so die ganz bestimmt psychogenen, jeder Therapie trotzenden, sich schließlich wieder von selbst verlierenden Urinbeschwerden der Pat.); dann daß es ihr zeitweise nicht möglich war zu essen, wohl aber sich selbst mit der Sonde zu ernähren und schließlich die stets vorhandene hochgradige Beeinflußbarkeit ihres Zustandes — man möge nicht das Unbelehrbare, was ich oben von ihr sagte, und was sich auf den Inhalt ihrer Halluzinationen bezieht, damit verwechseln — bei geeigneter psychischer Behandlung; man durfte ihr nur sagen: „Sie sind krank, sogar schwer krank und müssen sich in acht nehmen, daß Sie wieder vorwärts kommen", so war sie dadurch zu gewinnen, und man konnte ihr einzelne ihrer Gewohnheiten in mühsamer, lange dauernder Behandlung abgewöhnen, sie wieder mit anderen und mit einer vernünftigen Arbeit zusammenbringen. Es soll nicht bestritten werden, daß diese Suggestion zeitweise erschwert war, das lag an den Verstimmungszuständen, die die Pat. öfters auf äußere Anlässe hin bekam, sie sind in der Krankengeschichte erwähnt und wechseln mit Zeiten mehr übermütiger Laune; aus einer derselben stammt das Gedicht über die Sondenernährung, eine Leistung, wie wir sie nur von einer hysterischen Person erwarten können, und die darauf hinweist, daß hier eine eigentlich halluzinatorische und zur Demenz führende Erkrankung nicht vorliegt, sondern eine psychogene Erkrankung, die Auffassung und Beobachtungsgabe, Kombination und Urteil ungeschädigt läßt. Auch muß darauf Wert gelegt werden, daß die Verstimmungszustände nicht endogen, sondern an äußere Anlässe anknüpfend aufgetreten sind, danach allerdings meist recht lange andauerten: die einmal aufgetretenen unangenehmen Affekte wurden nicht überwunden. Warum, mag man schließlich fragen, trotzt diese Hysterie aller Behandlung, warum hält sie jahrelang mit nur ganz langsam nachlassender Heftigkeit an? Ich glaube, das bestätigt die vorangehenden Ausführungen, wir haben ja zeigen können, daß die Krankheit durch Psycho-Therapie günstig zu beein-

flussen, besserungsfähig ist. Daß sich der Zustand nie ganz abwenden läßt, daß es immer wieder zu Zusammenstößen und zu Rückfällen kommen muß, beruht auf der schwer degenerativen Basis, die zugrunde liegt, nach deren Intensität wir überhaupt die Prognose einer Hysterie stellen müssen: Sie verhält sich umgekehrt proportional zur Heilungsfähigkeit der Erkrankung.

Über die Ätiologie etwas Bestimmtes zu erfahren, war mir nicht möglich, es steht nach der von der Kranken selbst gegebenen Anamnese fest, daß beim Tod des Bräutigams, in dem 18. Lebensjahre der Pat., eine erste ähnliche Erkrankung ausgebrochen ist, über die wir nichts Näheres erfahren, da Pat. nicht in ärztlicher Behandlung war, die aber im neu ergriffenen Schwesternberuf eine Heilung fand, um später wieder in der erwähnten Art auszubrechen. Es ist nicht besonders schwer, im Rückblick auf die lange Krankheit eine Diagnose zu stellen, vor allem die nicht eingetretene Verblödung zu benutzen, um eine Dementia praecox auszuschließen. Aber es frägt sich, war es möglich, schon im Anfang die richtige Diagnose zu stellen? Sie lautete ja auf schwere Hysterie, und das ist sie geblieben. Die Beantwortung dieser Frage muß ich zunächst offen lassen, sie wird uns in den Schlußbetrachtungen beschäftigen, immerhin zweifle ich für diese Kranke nicht daran, daß die richtige Diagnose möglich war, da eben die Zeichen einer anderen Psychose eigentlich von Anfang an gefehlt haben.

Zum Schluß muß ich darauf hinweisen, wie nahe verwandt das Bild dieser Erkrankung ist mit Krankheitsformen, wie sie eben *Bonhöffer* beschrieben hat, wie sie auch *Birnbaum* behandelt hat. Von letzteren schrieb dann *Bleuler*, daß er sie der Dementia praecox zurechnet, denn „das einzige Kriterium wäre die Konstanz der Erhaltung der Intelligenz, während die Dementia praecox in vielleicht einem Drittel der Fälle die charakteristische Demenz auch dem oberflächlichen Beobachter enthüllt". Wir können unseren Fall aber nicht als Dementia praecox bezeichnen. Er ist den *Birnbaum*schen gegenüber sozusagen ins Weibliche übersetzt, wobei die von *Birnbaum* so sehr hervorgehobene Verwandtschaft solcher Erkrankungen mit hysterischen sich noch feiner herausschafft. Wo jene Männer — und wir beobachten zurzeit hier auch solche Kranke — aus jedem geringen Anlaß Mitkranken, dem Arzt und Personal einen Strick zu drehen

suchen, alles ausprobieren, um irgendwie intrigant oder schädigend zu wirken und bei jeder Gelegenheit ihren eigenen Kopf durchgesetzt haben wollen, da finden wir in unserer Krankengeschichte, daß die Pat. jede Gelegenheit, bei der sie etwas freier gehalten wird, dazu benützt, um Bosheiten anzustellen, besonders, was recht unangenehm auffällt, andere hilflosere Kranke heimtückisch zu plagen. Jedenfalls aber stimmt das — und das hoffe ich genügend hervorgehoben zu haben — ganz mit den Aufstellungen *Birnbaums* überein, daß es bei unserer Kranken keine Krankheitsperiode, kein Krankheitssymptom gab, das nicht auf eine äußere, psychisch erregende Ursache zurückgeführt werden konnte, und da in der letzten Zeit bei ihr nichts Besonderes, größere Unlustgefühle Hervorrufendes vorgefallen ist, so hat sich bei jeder noch so kleinen Verletzung ihres labilen Gemüts immer wieder derselbe sonderbare, exquisit psychogen entstandene Wahn von ihren verstorbenen Patienten, die sie nicht essen lassen, herausgebildet. Gegen die Dementia praecox kann man also eine scharfe Grenze ziehen, von der Hysterie diese psychogen degenerative Erkrankungsform zu scheiden, fällt viel schwerer und mag oft unmöglich sein.

V. P. D., geboren März 1891. Eintritt November 1912. Bei der ganz im Beginn ihrer Erkrankung stehenden Pat. will ich in der Darstellung der Krankengeschichte etwas ausführlicher verfahren, da ich die Kranke selbst zurzeit in Beobachtung habe.

Bericht des einliefernden Krankenhauses: Keine Erblichkeit. Frühjahr des Jahres Geburt mit Dammriß.

Sie war eine mittelgute Schülerin, gutmütig, nicht religiös. Bei einem Wirt in Stellung, dem ihr gedrücktes Wesen, ihre geringe Arbeitslust, die öfters geäußerten Selbstmordgedanken auffielen. Eines Tages sei sie plötzlich fortgelaufen, sie wurde dann von der Polizei aufgegriffen, als sie sich ins Wasser stürzen wollte. Gibt an, daß sie damals schon Stimmen hörte. Körperlich: gesteigerte Patellarreflexe, etwas beschleunigte Herztätigkeit, Menstruation unregelmäßig. Psychisch: Gedrückte Stimmung, hin und wieder heiter, zeitweise etwas erregt, Selbstbeschädigung, Fluchen und Schimpfen. Kein Krankheitsgefühl. Hört nachts Stimmen. Absurde Gesichtshalluzinationen: Eine Hexe mit einer Flasche Salzsäure steht vor ihrem Bett, auf der Flasche stand: Schwanenapotheke Frankfurt. Nahrungsaufnahme ab und zu mangelhaft, Pat. ist über die Zeit nicht genau orientiert. Diagnose: Dementia praecox.

27. XI. 12. Bei der Aufnahme in die hiesige Anstalt verhält sich die Kranke ganz ruhig, gibt sinngemäß Antwort, gibt Geburtstag und Ort

richtig an, glaubt nicht krank zu sein. Pat. war in der ersten Nacht unruhig, suchte sich selbst zu beschädigen. Tagüber weint sie in ihre Kissen hinein, stiert vor sich hin, gibt auf Befragen Auskunft und erzählt ihren Lebenslauf: nach der Schule sei sie in einen Dienst gegangen, u. a. in H., dort habe sie von einem Kellner ein Kind bekommen, sie sei von ihrem Liebhaber verlassen worden und sei deshalb besonders nach der Entbindung sehr aufgeregt geworden, aber noch nicht so sehr wie jetzt; Anfang Oktober des Jahres sei sie in S. plötzlich aus ihrem Geschäft weggelaufen, um ins Wasser zu gehen, auf der Brücke seien so viele Leute gewesen, da wollte sie warten, bis diese fort waren, und sie habe sich daher auf eine Bank gesetzt; gerade als sie dann ins Wasser wollte, sei sie von einem Schutzmann gepackt worden; es sei nicht allein die Treulosigkeit ihres Liebhabers und die Geburt gewesen, sie habe noch andere Gründe gehabt, weshalb sie ihrem Leben ein Ende machen wollte, die sie nicht sagen wolle; sie habe von zu Hause Vorwürfe bekommen, der Gedanke an ihr Kind habe sie eher zurückgehalten von der Tat. Sie habe keine Ruhe, es treibe sie etwas um, wisse aber nicht was; ein Zuchthäusler, welcher etwas angestellt habe, wisse doch, was ihn umtreibe; sie sei gar nicht mehr wie früher, früher sei sie so lustig gewesen, „der Dreck auf der Straße habe sie gefreut", ihr Lehrer habe recht gehabt, der sagte, wenn sie nur nicht später einmal soviel weinen müsse, als sie jetzt lache. In der letzten Zeit vor dem Selbstmordversuch habe sie auch nicht mehr recht schlafen können, sie habe sich abends mit den Kleidern stets ins Bett gelegt. Auf wiederholte Frage nach anderen Gründen ihrer Verzweiflung sagt Pat. endlich, daß sie auch geschlechtlich angesteckt worden sei. Auf die Frage, ob sie jetzt krank sei, sagt Pat., das wird nicht mehr besser. Schmerzen will die Kranke keine haben, es sei ihr aber so dumm im Kopf, so „dippelig".

Aus dem körperlichen Befund ist die Sensibilitätsprüfung von Wichtigkeit: die Berührungs- und Schmerzempfindung sind ebenso wie Lage- und Temperatursinn sehr scharf ausgebildet, auch feinste Versuche werden richtig angegeben, dagegen sind die Korneal-, Gaumen- und Fußsohlenreflexe nicht vorhanden. Ferner finden sich Kratznarben an der Stirne, Bißnarben an der Hand.

3. XII. 12. Die Kranke liegt meist unter der Decke versteckt, das Gesicht in die Kissen drückend und spricht viel dabei vor sich hin; manchmal fährt sie ganz plötzlich in höchster zorniger Erregung auf, schimpft heftig und fängt an zu wüten, meist gegen sich selbst, rauft sich die Haare aus, beißt sich in die Finger, schlägt den Kopf gegen die Bettstelle. Für gütliches Zusprechen ist sie empfänglich und dann auch wohlauf; häufig ist sie aber nur durch eine feuchte Einpackung, zu deren Applikation 5 bis 6 Wärterinnen nötig sind, ruhig zu stellen. Ist der Wutanfall vorbei, so kann sie wieder ganz manierlich sein.

7. XII. 12. Ist mit dem Kopf gegen eine Türscheibe gerannt und hat diese zertrümmert.

12. XII. 12. Tägliche Wutanfälle, hat sich gebissen und Haare ausgerissen.

13. XII. 12. Machte einen Selbstmordversuch mit einem Taschentuch, wurde aber vom Wartepersonal rechtzeitig daran verhindert.

27. XII. 12. Anlässe zu den Wutanfällen sind teils ihre eigenen unliebsamen Erinnerungen, die Untreue des Liebhabers usw., teils sind es auch äußere Anlässe seitens Mitkranker; einmal geriet sie in Wut, als der Arzt nach ihr sah und sie anredete, als sie unter der Decke versteckt lag. Bei diesem letztgenannten Anfall trat nach erfolgter Einpackung und nach einigen Tropfen Opiumtinktur mit dem Bemerken, daß dies ein Beruhigungsmittel sei, sofortige Beruhigung ein. Bei den Selbstbeschädigungen, insbesondere auch bei dem Sichselbstbeißen, ist keine erhebliche Beschädigung der Kranken erfolgt.

29. XII. 12. Während des Mittagessens erneuter Erdrosselungsversuch.

3. I. 13. Pat. lag gestern fast den ganzen Tag unter ihrer Decke versteckt, stark schwitzend. Bei der Abendvisite kam sie hervor und gab wie sonst die Hand, dann fing sie gleich von selbst an zu erzählen, das gehe nicht, daß sie der Doktor E. nachts einspritze, daß sie ganz dipplig sei, den ganzen Tag sei sie im Kopf benommen. Auch haben ihr Leute, die sie nicht kenne, schon Gift ins Essen getan und ihr Salzsäure eingegeben, ferner höre sie auch Stimmen, die von oben, sie könnte es nicht genau beschreiben, zu ihr sprechen würden. Der Einwand, sie habe so etwas wohl von anderen Kranken sagen hören, daß sie auf Stimmen hören, wird bestritten.

4. I. 13. Gestern abend kam ein Mann mit einem Messer zu ihr, dem sie nachging, als er sich, ohne ihr etwas getan zu haben, entfernte. Sie gab an, solche Erscheinungen bis jetzt immer nur bei Nacht gehabt zu haben. Hilft bei der Saalreinigung, ist im Garten gewesen, sieht dabei freier aus, hat nicht mehr das rote, kongestionierte Gesicht und den aufgeregten Blick.

5. I. 13. Zeigt sich in einem gewissen Grade der Suggestion zugänglich: Jedesmal, wenn Ref. sie ausdrücklich gebeten hat, sich ruhig zu verhalten, und sich auf das Vertrauen berufen hat, das man ihr schenke, wenn man sie in ihrer schweren Krankheit in den Garten gehen lasse, ist nichts Auffälliges von seiten der Pat. geschehen. Beobachtung der Umgebung und Aufmerksamkeit, selbst auf nebensächliche Kleinigkeiten, sind bei der Pat. sehr scharf, Gedächtnis und Urteil sind ungestört, die Gefühlsbetonung zeigt keine Lücken. In den ruhigen Zeiten wechselt Arbeitsdrang mit Momenten von mehr kindlicher Heiterkeit und Neigung zu dummen Streichen, über deren Gelingen sie sich sehr freut.

8. 1. 13. Vormittags 11 Uhr in Anwesenheit des Ref. wieder ein Wutanfall mit Schweißausbruch, Augenrollen, heftiger Agitation und Selbstbeschädigungstrieb. Auf Spritzen mit kaltem Wasser nur geringe Bes-

serung bemerkbar. Sagt nachher: „Sie sehe ein, sie habe sich selbst krank gemacht, in ihrer früheren Stellung habe sie abends vor dem Schlafengehen noch stundenlang geweint.

11. I. 13. Gegen Abend mißgestimmt, droht mit Fensterhinausschlagen und sollte daher ins Bett gehen. Darüber war sie nun erst recht erbost, warf das Abendessen weg und bekam kurz darauf einen der bekannten Anfälle, nach dessen Aufhören diesmal aber die Affektentladung noch nicht beendet war. Pat. blieb sehr zornig, sagte, warum sie ihr Kind damals in S. nicht dagehabt hätte, und warum der Schutzmann sie hätte aufhalten müssen, sonst wäre doch schon alles aus! Sie warf sich nun noch in der Einpackung aus dem Bett. Den nächsten Morgen war sie wieder völlig beruhigt.

13. I. 13. Nachts hat sie bis jetzt nie einen Anfall gehabt. Sagt heute, sie gebe sich Mühe, ihre Wut zu unterdrücken, aber es gehe eben nicht immer. Hat den Urin lange Zeit zurückgehalten, damit die Blase platze. Erklärt, nicht mehr essen zu wollen, weil sie an Gewicht zugenommen hat, und sie will nicht dick werden.

14. I. 13. Droht, heute Nacht etwas anstellen zu wollen, wenn die eine Wärterin auf dem Rundgang sei und nur eine die Wache habe, da gehe es gut. Das ganze Gebahren zeigt etwas Demonstratives. Suggestivem Zureden vielfach zugänglich, nur wenn ein Wutanfall bevorsteht und sie sich schon in einem Zustand von Bewußtseinstrübung befindet, nicht mehr, doch fällt auch dann immer wieder auf, wie wenig sie sich in ihrer Abwehr gegen den Arzt wendet, und wie energisch sie sich gegen das Personal sträubt.

17. I. 13. Gelegentlich ärgert sie sich über Mitkranke, gegen die sie dann tätlich wird, so hat sie eine Kranke, die einer Wärterin etwas genommen hatte, wobei Pat. selbst in starken Verdacht gekommen war, nach Aufklärung der Tatsachen geschlagen und an den Haaren gezogen. Wenn sie Zeitung liest, so liest sie nur Liebes-, Mord- und Selbstmordgeschichten, andere Sachen interessieren sie nicht. Schreibt einen Brief an ihren Bruder: „Im Auftrag unserer Fräulein Oberwärterin fühle ich mich genötigt, Dir einige Zeilen zu schreiben. Denn ich habe eine herzliche Bitte an Dich zu richten, welche mich sehr freuen würde, wenn Du mir dieselbe erfüllen könntest, da ich hier genügend Zeit habe und meinem Kinde etwas machen will, möchte ich Dich bitten, ob Du mir nicht einige Mark schicken könntest, da ich nichts hier habe, es geht mir sehr gut.“

Am 19. I. wurde die Pat. aus dem Wachsaal auf eine ruhige Sonderabteilung verlegt, vor allem, um zu versuchen, ob eine ruhige Umgebung die Pat. selbst mehr zur Ruhe bringe, denn man hatte den Eindruck, daß der Aufenthalt unter aufgeregten Geisteskranken ihren Zustand verschlimmerte und gerne zu demonstrativen Szenen führte, denen jetzt der Boden entzogen werden sollte. Auch schlug sie Kranke, die die Nachtruhe störten, oft unbarmherzig.

21. I. 13. Hat sich ziemlich energisch in den Vorderarm gebissen über der Radialis. Auf energischen Vorhalt wird sie ganz kleinlaut und verspricht, so etwas nicht mehr zu machen. Sie bittet nachher noch wiederholt den Arzt von sich aus um Entschuldigung. Über ihre Verstimmungszustände gibt sie an, sie könne nichts dafür, und könne manchmal nicht darüber Herr werden, wenn sie sich auch noch so sehr zusammennehme.

25. I. 13. Ißt ganz ungenügend, versuchte gestern beim Verbinden ihrer Armwunde aus einer danebenstehenden Benzinflasche zu trinken; auf den Ruf: „Lassen Sie das, es ist ja nur Benzin!" gab sie die Flasche sofort aus der Hand. Von Religion will sie nichts wissen: eine Tasse Kaffee und ein paar Zigaretten seien ihr lieber, als in die Kirche zu gehen. Ärgert sich, daß man sie darüber vor andern Kranken frage. Seit sie auf der Sonderabteilung schläft, hat sie nicht einen einzigen der früher täglich, ja, oft zwei- bis dreimal am Tag auftretenden demonstrativen Wutanfälle gehabt und überhaupt ein etwas ruhigeres Verhalten an den Tag gelegt, wenn sie auch jede Gelegenheit, die ihr durch die freiere Behandlung gegeben ist, benützt, um irgend etwas anzustellen.

28. I. 13. Nach wie vor ist sie sehr reizbar, aber stets für Suggestivbehandlung zugänglich. Während der allgemeinen Visite brach sie gestern in ein lautes, zorniges Heulen aus, suchte, solange Ärzte in der Nähe waren, Selbstbeschädigungen auszuführen.

2. II. 13. Manchmal wisse sie nicht, warum sie so heule, manchmal aber müsse sie an frühere Erlebnisse denken. Dieses Heulen ist durchdringend laut und monoton. Dasselbe Heulen, zum Verwechseln ähnlich, zeigt eine andere hebephrenische Kranke.

4. II. 13. War wiederholt gegen sich und andere gewalttätig, soweit es sich verfolgen ließ, mit äußerer Motivierung. Erzählt heute Ref., daß sie jetzt gar kein solches Interesse mehr an ihrem Kinde hätte, es gehe ihr gar nichts mehr nahe, das sei vor einigen Wochen noch anders gewesen, und wie sie noch in S. gewesen sei, hätte sie geradezu Heimweh nach dem Kinde gehabt. Hat auch die Handarbeiten, die sie für ihr Kind begonnen hatte, teilweise wieder in sinnloser Weise kaput gemacht. Der Schlaf ist unterschiedlich, die Nahrungsaufnahme schlecht, Pat. will schlanker werden.

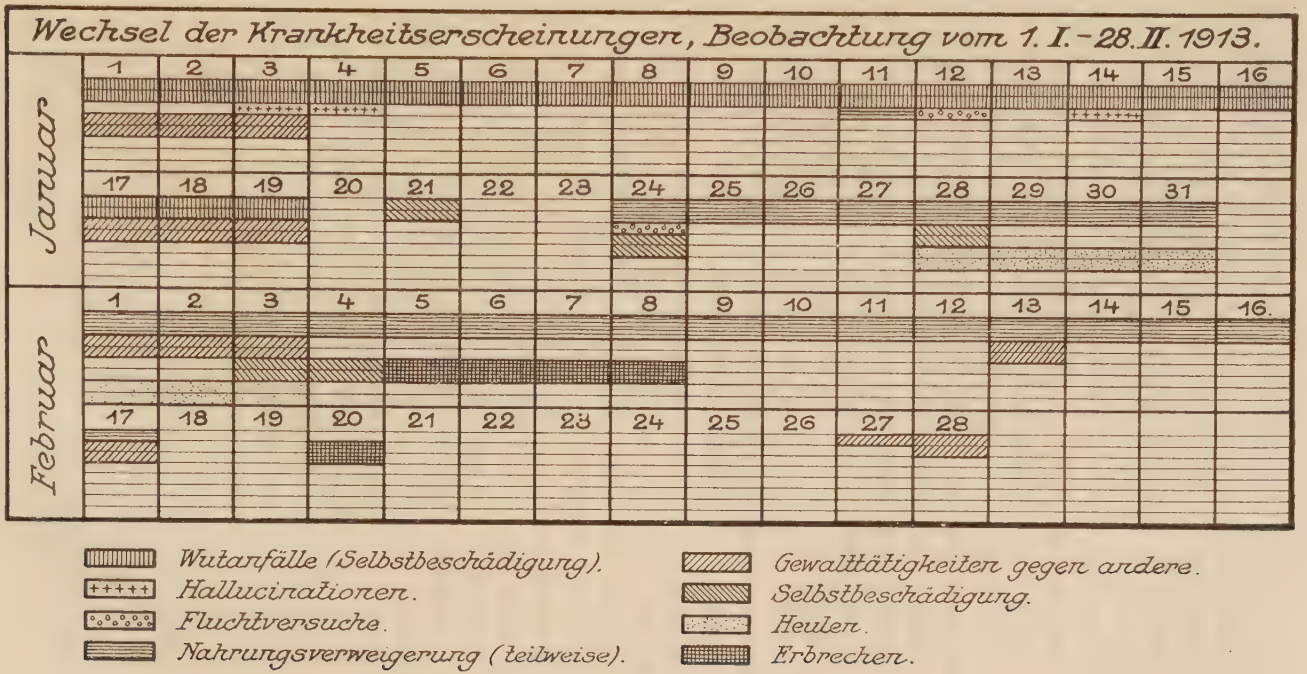
14. II. 13. Schreibt einen in der Form sehr gut gehaltenen Brief, aus dem folgendes zu entnehmen ist: „Entschuldigt, weil ich Euch nun so lange nicht geschrieben habe, denn meine Nerven waren noch manchesmal etwas erregt. Es steht zur Zeit etwas besser."

19. II. 13. Hatte eine Zeitlang die Unsitte angefangen, alles, was sie gegessen hatte, wieder zu erbrechen. Dies Erbrechen erfolgte anscheinend mit energischer Kunsthilfe und nur, wenn niemand dabei war. Auch sonstige, leichtere Selbstbeschädigungen, wie Kratzen, Haareausreißen, kommen immer wieder vor. Dazwischen hat Pat. ganz erheblich freiere Zeiten, wo sie ordentlich Auskunft gibt und sich auch gerne etwas

ermahnen läßt. Irgendwelche Spannungserscheinungen, Negativismus und Mutazismus sind nie beobachtet worden, nur gelegentlich anscheinend unmotivierter Stimmungswechsel, ferner Demonstration ihres Benehmens, hochgradige Reizbarkeit und eine nicht geringe Beeinflußbarkeit, wenn auch manchmal ohne nachhaltigen Erfolg. Das unheimliche Heulen hat ganz aufgehört. Wutanfälle hat sie in letzter Zeit nie mehr gehabt, ebenso keine Halluzinationen mehr.

Die Kranke wurde hier mit der Diagnose „Dementia praecox" eingeliefert, nachdem der Eintritt der Psychose im 21. Lebensjahr ohne einen direkten äußeren Anlaß mit geringer Arbeitslust, gedrücktem Wesen und öfters geäußerten Selbstmordgedanken begonnen hatte. Außerdem wurden Halluzinationen berichtet, deren Inhalt uns dem verwandt erscheint, was wir oben als psychogene Halluzination kennen gelernt haben (Hexe mit der Salzsäureflasche). Sehr ergiebig war unsere Anamnese: Früher ein sehr aufgewecktes und fröhliches Mädchen, das rasch mit der Welt in Berührung kam und sie von ihrer vermeintlich schönsten, bald aber von der trübsten Seite kennen lernte. Die Freiheit ihres Berufs bringt alle Verführungen mit sich, sie genießt, und wie mit einem Male steht alles Unglück vor der Türe: der Liebhaber verläßt sie, als er sieht, daß sie schwanger ist, außerdem ist sie geschlechtlich angesteckt, die Entbindung war schwer, und schon damals sei die Kranke sehr aufgeregt gewesen. Man muß vor allem beachten, daß die jetzige Erkrankung nicht akut auf die verschiedenen affektiv sehr wirksamen Ereignisse erfolgt ist, sondern etwa ein halbes Jahr später, ganz genau läßt es sich nicht feststellen, da sie langsam mit Schlaflosigkeit und gedrückter Stimmung begonnen hat. Deshalb konnte sie offenbar nicht mehr arbeiten und fiel der Umgebung auf. Es ist äußerst sonderbar, daß als Äußerung der Krankheit sofort Selbstmorddrohung und Selbstmordversuch sich zeigen, die beide die Tendenz haben, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Schließlich beantwortet sie die Frage nach ihrer Krankheit mit der charakteristischen Antwort, das werde nicht mehr besser, sie sei so dumm im Kopfe: also wieder ein gewisses Gefühl für die krankhafte Änderung ihrer Psyche. Körperlich sind keine Sensibilitätsstörungen zu verzeichnen, außer dem Fehlen der sensiblen Reflexe, was wir nicht zu hoch veranschlagen wollen. Die Schilderung von ihrem Benehmen in der Anstalt, das vom ersten Tag an bis heute einen gewissen gemeinsamen Zug an sich trägt

ist so typisch, der Anblick eines derartigen Wutanfalls, wie sie sie in den ersten Monaten so oft bekam, so charakteristisch, daß man ohne Kenntnis der Anamnese und des Krankheitseintritts nichts anderes sagen kann, als wir haben das Zustandsbild schwerer Hysterie vor uns. Die fortgesetzten Selbstbeschädigungen, das ganze demonstrative Gebahren — bekommt sie doch ihre Wutanfälle fast ausschließlich in Anwesenheit des Arztes —, ferner die Sinnestäuschungen (der Mann mit dem Messer, die nächtliche Einspritzung, die Salzsäure, die ihr eingegeben wird), die sich immer nur hypnagog, um das Einschlafen herum, einstellen, passen vortrefflich zu diesem Bild. Auch diese Zeit ist für die psychogene Sinnestäuschung charakteristisch, organisch bedingte werden natürlich zu jeder Zeit sich einstellen, während die aus bestimmten Affekten heraus entspringenden sich einstellen, wenn das viele Denken auftritt, und das ist für aufgeregte Menschen abends vor dem Schlafen. Auch bei dieser Patientin sehen wir immer und immer wieder, daß sie selbst zu ihrer Krankheit Stellung nimmt und dieselbe zu beurteilen vermag; nirgends findet sich eine Spur von den Beteuerungen geistiger Gesundheit, wie wir sie so oft und fast bei allen Psychosen antreffen: „Sie sieht ein, daß sie sich selbst krank gemacht hat.“ Und merkwürdig ist es, so sehr die Kranke ihre Wutanfälle usw. als hochgradige Aufregung anerkennt, wie wenig der Wille, diese Erscheinungen zu unterdrücken, zum Durchbruch kommt, man kann es manchmal feststellen, daß sie sich Mühe gibt, und doch gelingt es nicht. Es tritt hier die Bestätigung von *Bonhöffers* Satz ein, daß das Durchschimmern einer bestimmten Willensrichtung ein Charakteristikum all dieser Krankheitserscheinungen ist. Diese Willensrichtung kennzeichnet sich hier in dem Sichgefallen in derartigen Auftritten, die sich irgendwie im Krankheitsverlauf äußern, aber immer so, daß sie sich an gegebene Verhältnisse und einigermaßen unschädliche Möglichkeiten halten. Aufs schlagendste wird es durch das Experiment bewiesen: die recht aufgeregte Kranke, die auf der ganzen Abteilung als eine der schwierigsten Patientinnen gilt, ward aus dem Wachsaal in ein ruhiges Zimmer ohne Nachtwache gelegt, und von dem Augenblick an zeigte sich nicht ein einziger derartiger Wutanfall mehr, der ihr einfach durch diese Verlegung unmöglich gemacht wurde. Daß an Stelle der Wutanfälle andere Erscheinungen treten werden, war zu erwarten. Ich habe


Wechsel der Krankheitserscheinungen, Beobachtung vom 1. I. – 28. II. 1913.
Januar
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Februar
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16.
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
Wutanfälle (Selbstbeschädigung).
Hallucinationen.
Fluchtversuche.
Nahrungsverweigerung (teilweise).
Gewalttätigkeiten gegen andere.
Selbstbeschädigung.
Heulen.
Erbrechen.

vorstehende Zusammenstellung gemacht, die zeigt, auf was für Einfälle eine solche Kranke kommen kann: Die Nahrungsaufnahme, die mit der Feststellung einer erheblichen Körpergewichtszunahme schlecht wurde, wird jetzt weniger kontrolliert und wird schlechter, bei gelegentlichem, zu großem Hunger schafft die Kranke sich anderweitig Ersatz. Dann ahmt sie das Heulen einer anderen Kranken nach, fängt mit Erbrechen an, setzt sich ins Gitter vors Fenster, macht allerlei Selbstbeschädigungen, alles periodenweise, oft eines das andere ablösend. Neben diesen typisch psychogenen Erscheinungen geht manches andere einher: sie sieht die Zeitungen nur auf Liebesromane, Gerichts- und Mordaffären durch, alles andere interessiert sie nicht, und das erzählt sie mit einer Selbstverständlichkeit, wie sie die Drohung früher ausgesprochen hat, daß sie etwas anstellen werde, sobald nur eine Nachtwache im Saal sei usw., alles Dinge, die man nicht genug mißachten konnte, um nicht den Anschein zu erwecken, daß man sich darum ängstige. Ähnliche Äußerungen finden sich mehrere in der Krankengeschichte, dagegen scheint es abweichend davon, wenn sie auf einmal erzählt, sie habe gar kein solches Interesse mehr an ihrem Kind, doch auch hier bin ich nicht sicher, ob sie nicht eine ähnliche, an eine andere Kranke gerichtete Frage einmal gehört und verwertet hat. War es doch überhaupt schwer, der Kranken irgend etwas entgehen zu lassen, da sie auf alles aufmerksam war und ihre Auffassung wie ihre nachherigen Urteile keine Beeinträchtigung zeigen. Einen der üblichen Fragebogen hat sie bei geringen Kenntnissen ordentlich, wenn auch mit Mühe, ausgefüllt.

Überschauen wir dieses Krankheitsbild, so stimmt der Beginn und das Alter ganz mit dem bei Hebephrenie üblichen zusammen: kein unmittelbarer Anlaß, initiale Depression, aber alles, was nachher kommt, ist psychogen. Wenn wir die mitunter unberechenbaren Stimmungswechsel, die von ihr angegebene Interesselosigkeit und die verhältnismäßig große Mühe, die ihr die Ausfüllung eines Fragebogens bereitet, nicht zu hoch in Rechnung stellen, sind es doch Erscheinungen, die auch bei einer rein hysterischen, etwas ungebildeten Person auftreten können. Damit bleibt nur die symptomatische Diagnose: schwere Hysterie. Es muß uns schwer fallen, diese Diagnose, mit der der Hebephrenie, wie sie vom einliefernden Spital gestellt wurde, zu vertauschen. Allein da kommt die klinische Erfahrung in Betracht,

die uns lehrt, daß hysterische Symptome und Symptomenkomplexe einleitend oft die schwere, dahinter verborgene Hebephrenie nicht erkennen lassen, ja, sie sozusagen mit einem besseren Gesicht darstellen, das häufig über schon eingetretene Defekte hinwegzutäuschen vermag. Offenbar verdeckt der starke hysterische Affekt die durch die Hebephrenie geschwächten, früher gesunden Affekte und kann so die dem Hysterikus eigenen, den Hebephrenischen geradezu entgegengesetzten Eigenschaften der starken Affektivität und starken Beeinflußbarkeit lange als Kardinalsymptome bestehen lassen. Wenn wir das annehmen, so müssen wir eine Kranke, die uns vielleicht durch die verhältnismäßig gute Lenksamkeit und die Mühe, mit der sie ihrer Krankheitserscheinungen Herr zu werden suchte, angenehm und für unsere psychische Behandlung zugänglich schien, in das Reich einer Krankheit verweisen, die uns nichts Gutes mehr hoffen läßt. Dieses diagnostische Todesurteil ist nur mit größter Vorsicht zu fällen, doch nie aus den Erwägungen zu streichen, um sich eine Enttäuschung zu ersparen.

In der Behandlung kann man den Kranken in vielem nützlich sein, indem man sich um ihre pathologischen Eigenschaften nicht zu sehr kümmert und sie oft und intensiv zur Arbeit und Ordnung ermahnt. An Arbeitslust fehlt es nicht, nur die Ordnungsliebe wird durch den merkwürdigen Eigensinn, der mit großer Reizbarkeit verknüpft ist, oft durchbrochen, und da dürfen auch energische Worte nicht gespart werden. Die Patienten reagieren darauf viel intensiver als auf freundliche Ermahnungen. Letztere muß man natürlich auch übrig haben, darf vor allem nie des Kranken Gebahren für gemacht halten, sondern im Gegenteil ihn auf die Krankhaftigkeit seines Benehmens hinweisen und ihm Hilfe versprechen, soweit es möglich ist, wenn er sich selbst die nötige Mühe gibt. Auf diese Art gelingt es, die Kranken längere Zeit nützlich zu erhalten, sie selbst von dem Nachdenken über ihre Vergangenheit und ihre zukünftigen Geschicke abzubringen.

Wie wir uns das Entstehen der hysterischen Störungen in der Hebephrenie vorstellen, wird eine der Hauptfragen unseres Themas sein; begnügen sich doch fast alle Autoren damit, das häufige Vorkommen dieser Erscheinungen zu notieren und sie als Attribut der Hebephrenie zu verzeichnen.

Zur Aufstellung dieser Hauptfragen kann ich nun übergehen, sie lauten:

1. Wann und wodurch ist eine Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten möglich?

2. Gibt es Kombinationen zwischen den beiden Psychosen?

3. Wie verhalten sie sich im Verlauf und Endstadium zueinander?

Wenn ich die Diagnosen der fünf bearbeiteten Krankengeschichten wiederhole, so handelt es sich bei Fall 1 und 2 um hebephrenische Krankheitsbilder mit begleitenden hysterischen Symptomen während des ganzen Krankheitsverlaufs, bei Fall 3 um eine Hysterie, die ganz ausgesprochen katatone Symptome aufweist, bei Fall 4 um ein vorwiegend degenerativ-hysterisches Bild, das eine paranoische Erkrankung vortäuscht, und bei Fall 5 um eine hysterische Erkrankung, hinter deren stark hervortretenden Symptomen sich möglicherweise eine beginnende Hebephrenie birgt.

Die ganzen Darlegungen werden vor allem bei Fall 3, 4 und 5 die Schwierigkeit der richtigen Diagnosestellung sofort erkennen lassen, ja, ich glaube, andere Autoren würden die Fälle 3 und 4 wahrscheinlich anders gruppieren. *Nissl* gibt solche eigentliche, nicht komplizierte, hysterische Psychosen als Geisteskrankheiten degenerativen Charakters mit stuporösen, katatonischen Zustandsbildern zu, und zu ihnen muß ich meinen Fall 3 unbedingt stellen, aus Gründen, die ich reichlich auseinandergesetzt habe. Aber da Andere Spannungszustände als so dominierende Erscheinungen einer Erkrankung ansehen, daß sie derselben den Namen Katatonie geben, so werden sie unzufrieden sein, wenn man diese Symptome als Haupterscheinungen bei einer hysterischen Psychose beschreibt. Nachdem ich jedoch Negativismus, Mutazismus und Spannungserscheinungen schon bei fast allen Psychosen, vor allem auch bei der Paralyse, beobachtet habe, halte ich es für unzweckmäßig, eine Psychose Katatonie zu nennen, denn das bezeichnet tatsächlich einen Symptomenkomplex, bzw. ein Zustandsbild. Ich habe mich aber bemüht, *Nissls* Rat zu folgen und eine möglichst klinische Betrachtungsweise zugrunde gelegt, ohne dabei die Symptome als willkommene Unterstützungsmittel vor allem bei beginnender Psychose zu übersehen.

Und damit kommen wir auf den praktischen Kern der Frage, ist denn im Beginn der Erkrankung eine Diagnose überhaupt möglich? Die Literatur verhält sich dieser Frage gegenüber zum großen Teile schweigend, und wo man Auskunft erhält, lautet sie Nein. Wir haben oben in der Einleitung die Kennzeichen und Merkmale beider Erkrankungen kennen gelernt und sie scharf voneinander getrennt; sind sie also in ausreichendem Maße, d. h. in typischer Weise vorhanden, so wird die Diagnose leicht zu stellen sein. Das ist bei der Hebephrenie sicher der Fall, bei der Hysterie viel weniger, denn da treibt uns immer die Vermutung um, daß hinter der Hysterie doch etwas anderes steckt; soll doch eine rein hysterische Psychose eine Seltenheit sein. Ich habe jedoch Fälle als Beleg, wo der praktische Arzt eine hebephrenische Kranke als schwere Hysterie, wo umgekehrt eine Universitätsklinik eine schwer Hysterische als ziemlich vorgeschrittene Hebephrenie in die Anstalt geschickt hat.

Ersterer Fall, der mir kürzlich in die Hände kam, zeigt weitgehende Zerfahrenheit, dazwischen klare Momente, läppische Heiterkeit, erotische Neigungen und sinnlose Verstimmungen, Affektlosigkeit in Beziehung auf die eigene Person, auf die Umgebung und einen starken Defekt der kombinatorischen Leistungen. Die spontanen Äußerungen sind so durcheinandergehend, eine so wenig mit der andern zusammenhängend, daß ein verständlicher Sinn nicht herauskommt. Wenn dieses Krankheitsbild im Anfang vielleicht mit etwas geringerer Ausprägung, aber doch diesem Neben- und Durcheinander von Symptomen, dieser Mischung mehr klarer mit unvermittelt verwirrten Augenblicken auftritt, so liegt bei einem jungen Mädchen der Verdacht der „Übertreibung im Sinne der Hysterie" nahe, namentlich einem ungewohnten Beschauer nahe, und er macht die Diagnose der Hysterie, ehe er an etwas Ernsteres denkt. Anders der klinische Beobachter. Bekommt er eine Kranke in die Hände, die ein sinnloses Geschrei aufführt, zu Gewalttätigkeiten neigt, die Nahrung verweigert, dazwischen ein paar Tage mutazistisch ist und vielleicht ein paarmal grundlos lacht oder weint, so wird er seiner Erfahrung nach sagen, es handelt sich um einen katatonischen Erregungszustand bei im übrigen vorhandenener Indifferenz des Gemütslebens. Nun stellt sich im Verlauf der Erkrankung heraus, und die Kranke gesteht es selbst, daß sie simuliert hat, um einen bestimmten Zweck zu erreichen, und dasselbe Spiel wiederholt sich im Laufe der Zeit auf verschiedene äußere affektbetonte Anlässe hin, so war es eine Hysterie. Die Simulation ist hier keine willkürliche Annahme, ihr Vorkommen bildet ja auch in der Literatur Bestätigung, so berichtet *Kaiser*, daß Hysterische oft mit einem gewissen Raffinement simulieren. Und die gemütliche Abstumpfung

kann vorgetäuscht werden, wenn auch bei der letztgenannten Patientin anamnestisch beglaubigte Debilität die Annahme von einem Affektverlust noch wesentlich erleichterte. Die Kranke blieb sich in unserer nach Jahren zählenden Beobachtung völlig gleich, keinerlei Intelligenzabnahme bei häufigen Erregungs- und Verstimmungszuständen. Um noch etwas Licht in diese Art der Erkrankung zu werfen, brauche ich nur ein bekanntes Beispiel zu nennen: der junge hysterische Mediziner, der der Meinung lebt, er verfalle dem Jugendirresein. Was wir bei medizinisch nicht Gebildeten als die Furcht, unheilbar geisteskrank zu werden, kennen, das sehen wir hier, bei bestehendem Einblick, sich in bestimmter Richtung entwickeln; Voraussetzung ist natürlich, daß es sich wirklich um ein hysterisches Individumm handelt und nicht nur um die vage Hypochondrie. Ich kenne keinen derartigen Fall, aber ich könnte mir vorstellen, daß sich dabei Symptome so in Einzelheiten hinein gleich werden, daß man katatonische Zustandsbilder zu sehen bekommt, und damit hätten wir ja dann das gewünschte Resultat sozusagen künstlich gezüchtet.

Ähnlich geht es ja auch mit unseren Kranken 3 und 4. Es wurde darauf hingewiesen, daß die oft ziemlich getreu katatonisch erscheinende Patientin 3 Wärterin war und sich also dem gedachten Fall eng anschließt, ist doch auch bei ihr das ganze Denken unter den Affekt dieses einen Vorstellungskreises gebannt. Die Patientin 4 wurde als Hysterie diagnostiziert, eine Zustandsdiagnose, die vielfach mit der Dementia praecox wechselte, die man aber nach jahrelanger irrenärztlicher Beobachtung bestätigen kann. Also Irrtümer gerade genug! Man darf daraus niemand einen Vorwurf machen, denn im Hinblick auf unsere Kranke 5 möchte ich mich dahin erklären, daß eine sichere Diagnose noch nicht möglich ist. Einige Fehler werden sich immer vermeiden lassen, hoffen wir bald alle. Wir sind ja auf Symptome angewiesen und Symptome trügen; zu allem hin treffen wir beide Erkrankungen anscheinend kombiniert an. Und doch ist die Entscheidung wichtig, denn die Aussichten beider Krankheiten sind zu verschieden, und danach viele Möglichkeiten einer angemessenen Therapie. Wir können gewiß die katatonischen Erscheinungen unserer Kranken 3 durch feinere Beobachtung als psychogene herausschälen, wir können das auch mit den Halluzinationen der Patientin 4 tun und sehen dann, daß das nicht dieselben Erscheinungen sind, wie sie auf der einen Seite die Hebephrenie, auf der andern die Paranoia zu bieten pflegt, sondern ätiologisch, im Verlaufe und im Schlußbild sich als anders geartet zeigen; aber was die nachherige Betrachtung vermag, vermag die Frühdiagnostik häufig

nicht: die Ätiologie kann unerkennbar dieselbe sein, der Zustand sich vielleicht gar nicht unterscheiden lassen, und nur das Schlußbild bzw. der Verlauf enthüllen uns die wahre Natur der Krankheit. Die Frühdiagnose der Hysterie kann durch pseudokatatone Symptome, durch wirkliche Simulation und durch die Möglichkeit einer Kombination verdeckt sein, die der Hebephrenie ebenfalls durch die Kombinationsmöglichkeit und ferner durch die Mannigfaltigkeit der Symptome, durch anscheinende Übertreibung.

Damit komme ich auf die Kombinationsmöglichkeit zu sprechen, die bei allen unseren 5 Fällen zu erwägen war. Wir haben sie für Fall 1 und 2 angenommen, für Fall 5 als höchstwahrscheinlich bezeichnet, sie aber bei Fall 3 und 4 ausgeschlossen, weil die Symptome der einen Krankheit durch genaue Beobachtung, Verlauf und Ausgang sich als scheinbare gezeigt haben.

In der Literatur finden wir viel über die Frage der Kombination von Hysterie und Hebephrenie. So bemerkt *Nissl* folgendes: „*Kraepelin* nimmt in entschiedenster Weise gegen die Tendenz Stellung, Symptomenkomplexe, in denen ausgeprägte Krankheitszeichen zweier verschiedener Krankheitsbilder gleichzeitig zutage treten, ohne weiteres durch die Annahme zweier verschiedener gleichzeitig nebeneinander einhergehender Krankheitsprozesse erklären zu wollen." Ferner: „Ja, wenn man überlegt, daß die Komplikationen der Hysterie mit sogenannten Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten gegenüber den Komplikationen der Hysterie mit einfachen Seelenstörungen relativ selten beobachtet werden, so wird man ohne weiteres zugeben müssen, daß hier Bedenken — nämlich ob diese Symptome nicht Symptome der einfachen Seelenstörung sind — in noch viel höherem Grade und ganz besonders berechtigt sind." Ähnlich schreibt *Gaupp*: „Worauf es mir aber hier besonders ankommt, das ist, zu betonen, daß wir nicht eine Kombination zweier Krankheiten (Hysterie und Katatonie) vor uns haben, wenn Geisteskranke uns gleichzeitig hysterisch vorkommen, sondern eine Krankheit bei einem von Hause aus anders reagierenden Menschen, dessen Eigenart durch die Psychose nicht völlig verwischt, sondern teilweise erhalten, teilweise gewissermaßen karrikiert erscheint." Die Bücher bzw. Aufsätze von *Kraepelin* [1]), *Ziehen*, *Heß*, *Lückerath* und *Stransky* begnügen sich mit der

[1]) Auch im dritten Band der achten Auflage trennt *Kraepelin* solche Formen nicht besonders ab, sondern legt den Hauptwert bei der Differentialdiagnose auf die Aufdeckung bestimmter Symptome und einer charakteristischen Verlaufsform.

Feststellung des häufigen Vorkommens „hysteroider" bzw. „hysteriformer" Symptome bei Hebephrenie, vor allem in deren Anfangsstadium. Begründungen sind meist keine beigegeben, so daß man sich also mit der interessanten Tatsache abfinden soll. Etwas näher drückt sich *Kaiser* aus, wenn er sagt: „Übrigens läßt sich vom theoretischen Standpunkt aus eine psychogene Störung wohl mit einer katatonischen vereinigen. Wenn erstere in einer abnormen Beeinflußbarkeit durch Vorstellungen, letztere in einer Einengung des Vorstellungsschatzes beruht, so ist nicht einzusehen, warum nicht beides gleichzeitig vorhanden sein soll!" Also glaubt *Kaiser*, daß gleichzeitig der psychische Ausdruck zweier Psychosen bei derselben Persönlichkeit vorhanden sein kann, oder er sieht diese Annahme wenigstens als theoretisch berechtigt an. Und *Nissl* erkennt die Kombination von Hysterie und einfachen Seelenstörungen an, „wenn man feststellen kann, daß diese Individuen bereits vor Ausbruch ihrer Psychose hysterisch waren und auch während derselben und nach ihrem Ablauf hysterisch geblieben sind." Es gibt für *Nissl* also eine Kombination, eine solche liegt aber nicht vor, wenn erst mit der Psychose selbst hysterische Züge auftreten. *Storch* erwiderte *Nissl* und schrieb: „Wenn hysterische Symptome bei einer jungen geisteskranken Frau vorkommen, so werde ich mich nur schwer davon abbringen lassen, daß das Symptom ein hysterisches ist und werde annehmen, daß die Psychose sich auf dem Boden eines hysterischen, also minderwertigen Gehirns entwickelt hat." Es kommt also auf eine Ansicht hinaus, wie wir sie oben von *Gaupp* gehört haben.

Die Vorsicht, mit der sich die Autoren ausdrücken, läßt vor allem die Scheu erkennen, eine kranke Person mit zwei Krankheitsdiagnosen zu behaften, wo doch unser ganzes medizinisches Streben darauf hinausgeht, alles einzelne zusammenzutragen zu einem Ganzen. Eine erneute Spaltung widerstrebt jedem, widerstrebt vor allem da, wo wir es mit zwei so umstrittenen und unsicheren Gebieten zu tun haben. Die Tatsache aber, daß die Hysterie eine Erkrankung darstellt, die von der leichtesten Andeutung bis zur schwersten Form entstehen und vergehen kann, ohne bleibende Spuren zu hinterlassen, und daß die Hebephrenie eine zum Verfall führende Geisteskrankheit ist, läßt vermuten, daß es sich gar nicht um zwei miteinander vergleichbare Pyschosen handelt. Man spricht von einer hysterischen Konstitution, von hysterischer Reaktion usw., d. h. doch: diese betreffende Psyche reagiert auf gewöhnliche Reize anders als eine gesunde. Der Reiz erscheint schon in viel geringerer Ausprägung verderblich für diese Psyche. Vergleichen wir mit dem Herzen: Ein schwaches oder krankhafte Anlagen zeigendes

Herz wird durch irgendein Gift gereizt; es reagiert mit einer Arythmie, es reagiert aber auch mit einer Arythmie, wenn irgendein krankhafter Prozeß einsetzt und sein Reizleitungssystem angreift, soll nun diese Arythmie als etwas anderes aufgefaßt werden? Ich glaube doch nicht, sondern sie bleibt eine Störung, die auf verschiedene Reize hin, auf angeborene Schwäche, auf Traumata in Gestalt von Giftwirkung oder in Gestalt einer organischen Erkrankung eintritt. Und mit der hysterischen Reaktion sollte es anders sein?[1])

Ich glaube, die Hauptschwierigkeit der Anerkennung einer kombinierten Psychose in unserem Sinne ist, daß man geneigt ist, Hysterie = Dementia hebephrenica = manisch-depressivem Irresein in der Art ihrer Gestaltung im Gehirn zu setzen, wie man fettige = bindegewebige = amyloide Entartung eines Organs setzen kann, wobei man sich sehr scheuen wird und mit Recht, eine Kombination zweier derartiger Krankheitsprozesse anzunehmen. Man muß aber fordern, daß die Hysterie den Prozessen, die den einfachen Seelenstörungen zugrunde liegen, nicht einfach koordiniert wird, sondern ihr ein Verhältnis zu diesen einräumen, wie wir es z. B. gerade beim Herzen zwischen Rhythmusstörung und Affektionen des Herzmuskels bestehen sehen. Gehen wir davon aus, so wird es uns leichter werden, diese komplizierten Krankheitsbilder, wie unsere Fälle 1, 2 und 5, die sich so namhaft von den üblichen Verlaufsformen der Hebephrenie unterscheiden, zu verstehen und ihnen eine gewisse Eigenstellung einzuräumen. Ja, wir dürfen dann versuchen, auf diesem Wege zu einer Erklärung des merkwürdig hysteroiden Beginns so mancher Jugendirreseinsfälle

[1]) Selbstverständlich soll dieser Vergleich nur so aufgefaßt werden, daß die Funktion eines Organes durch verschiedene Ursachen in derselben Weise beschädigt werden kann, und da ich dies für das Gehirn nirgends deutlich ausgesprochen finde, so habe ich das leicht verständliche Beispiel des Herzens herangezogen. Das Ziel dieser Vorstellungsweise scheint mir *Gaupp* auch auszusprechen, wenn er eine anatomische Grundlage der Hysterie im Sinne eines spezifischen Prozesses leugnet, während *Nissl* 1902 noch den Ausbau solcher anatomischer Forschungen für die Grundbedingung auch zur Hysterieforschung hält.

zu kommen. Rein psychologisch findet die Annahme einer Kombination ja keine ernsten Schwierigkeiten, das lehrt uns die Erfahrung, in unserem Falle vor allem die beiden ersten Krankengeschichten.

Wir können nun zwei Formen der Kombination unterscheiden: die erste ist die Form, von der *Nissl* oben schreibt, daß in erster Linie der Nachweis erforderlich ist, daß die Kranke vor, während und nach der Psychose als hysterisch erkannt worden ist. Also eine zum voraus hysterische Person, ein Individuum mit dem auf psychische Reize charakteristisch reagierenden Nervensystem, hat diese Eigenschaft schon immer gezeigt, und eine dazu kommende einfache Seelenstörung läßt in der Störung diese Reaktionsweise im wesentlichen bestehen, so daß sie leicht erkannt wird. Ich habe schon betont, wie lückenhaft in dieser Beziehung die Anamnesen unserer Kranken waren, doch möchte ich diese Art der Kombination für unsere Kranke 2 als ziemlich sicher ansehen. Fast deutlicher als bei der Hebephrenie wird sich eine derartige Form beim manisch-depressiven Irresein erfüllen lassen, wo auch *Nissls* Forderung der nach Ablauf einer Psychose fortbestehenden Hysterie deutlich gemacht werden kann. Dieser Nachweis ist uns auch in den Remissionen der Hebephrenie in unserem Falle 1 gelungen, und das darf doch etwa denselben diagnostischen Wert beanspruchen, wenn auch, wie wir nachher sehen werden, dieser Nachweis bei der Hebephrenie auf mehr psychologische Schwierigkeiten stoßen muß, als bei der Manie, von der wir annehmen, daß sie in den Intervallen einem vollständig gesunden Geistesleben wieder Platz macht. Die zweite Form der Kombination ist die durch die Psychose selbst hervorgerufene Hysterie. Sie fand bis jetzt fast nirgends Anerkennung, nur auf dem Gebiet der melancholischen Erkrankungen wünscht *Specht* wieder nachdrücklich die Aufrichtung der Hysteromelancholie, und *Ziehen* gebraucht auch den Begriff einer Hysteromanie, während, wie wir gesehen haben, auf dem Gebiet der Hebephrenie sich alles ablehnend verhält. Wie ich glaube mit Unrecht. Die oft so intensiv auftretenden initialen hysterischen Störungen, zu deren Erläuterung ich den Fall 5 ausführlich beschrieben habe, können wir unmöglich einfach mit der Erklärung

abtun, daß sie Symptome der Geisteskrankheit Hebephrenie darstellen, wo wir diese doch so oft in der schulmäßig einfachen Weise ohne jede Komplikation, ohne jede Beeinflußbarkeit ihrer Erscheinungen eintreten und des weiteren ihren charakteristischen Verlauf nehmen sehen. Im Gegenteil, der ganze Charakter dieser Krankheit bringt es mit sich, daß die Kranken mit der größten Seelenruhe sich für das praktische, tätige Leben absterben sehen, daß sie nicht den geringsten Affekt der betrübenden Tatsache entgegenzusetzen vermögen, daß sie in jugendlicher Kraft alles Interesse und damit allen Arbeitsantrieb verlieren. Wie ganz anders dagegen diese Krankheitsgeschichten, in denen wir diesen entscheidend gestaltenden Einfluß der Psychogenie kennen lernen; einer hysterischen Psychogenie, denn es kommen im Beginn jeder Psychose wohl auch andersartige psychogene Züge vor, die nicht als direkt hysterisch bezeichnet werden können, sondern aus noch erhaltenen gesunden, nach normalen Assoziationsgesetzen verlaufenden Gedanken entstammen. Eine gewisse Labilität des Gemütes wird ja auch da vorliegen, wird vor allem vorliegen, wo das affektive Denken immer sehr im Vordergrund gestanden hat, also beim Weibe. Nicht gar so selten finden wir daher als einzig psychogenen Zug im Beginn einer hebephrenischen Erkrankung den Gedanken, unheilbar geisteskrank zu werden. Wir dürfen das aber mehr als das Resultat der unter einem fremdartig empfundenen, unbeeinflußbaren depressiven Affekt stehenden Assoziationstätigkeit auffassen, wie wir es ja auch bei anderen Psychosen wie Paralyse und Altersdepression finden. Anders, wenn die Psychose vollständig unter dem Bild der Hysterie beginnt, ohne daß wir vorher etwas Derartiges beobachtet haben. Unser Fall 5 ist dazu eine so glänzende Illustration, daß ich immer Zweifel gehabt habe, ob es sich um ein Jugendirresein mit seiner ungünstigen Prognose handelt[1]).

Für solche Fälle gibt eine Gleichstellung von Hysterie und Hebephrenie in dem gekennzeichneten Sinne keine Erklärung, wohl aber die Unterordnung der einen unter die andere. Die Psychose Hebephrenie selbst mit ihrem doch mit Bestimmtheit anzu-

[1]) Ich hätte Gelegenheit nehmen können, noch mehrere derartige Fälle zu beschreiben, aber da die Erscheinungen selbst in der Literatur so bekannt sind, genügt der eine klassische Fall.

nehmenden anatomischen bezw. chemischen Substrat bildet die die Hysterie auslösende Ursache, wie ein anderes körperliches und psychisches Trauma — und eine einfache Seelenstörung können wir als beides auffassen — diese Auslösung zur Folge haben kann. Die Ansichten über diesen Punkt sind nicht einmal geteilt, *S. Meyer* meint, bei heftigsten Affekten, wie bei Eisenbahnunfällen, könne jeder Mensch hysterisch werden; und *Gaupp* ist auch dieser Ansicht, nur sagt er: bei solchen Kranken fehlt der hysterische Charakter, und das würde ja ganz mit dem zusammenstimmen, was wir selbst glauben: Für diese hebephrenischen Erkrankungen ist die Erkrankung selbst von solch abnorm einschneidender Bedeutung, daß sie hysterische Erscheinungen von oft lange anhaltender Dauer hervorzubringen vermag. Mir ist diese Erklärung befriedigender, als wenn man von einer derart von der Norm abweichenden Erscheinung nur annimmt, daß es sich um eine akzidentelle Beigabe des Dissoziationsprozesses der Hebephrenie handelt. Ich gebe ohne weiteres zu, daß es sich um eine Theorie handelt; ich sehe die Hauptbegründung darin, daß wir in der Mehrzahl der Fälle eine solche Kombination nicht finden, und daß wir auf der andern Seite auch andersartige psychogene Einflüsse erkennen können, die mit Hysterie direkt nichts zu tun haben. Deutlicher als auf unserem Gebiete ist diese Erscheinung auf dem oft zum Vergleich herangezogenen Gebiete grob anatomischer Hirnerkrankungen, z. B. der multiplen Sklerose oder des Hirntumors, wo es vollends nicht anzunehmen ist, daß hysterische Erscheinungen als integrierender Bestandteil dazu gehören.

Läßt sich darüber etwas sagen, was für Personen die Kombination zwischen Hysterie und Hebephrenie aufweisen? verbindet diese Leute eine gemeinschaftliche charakterologische Eigenschaft? Wir sagten, sie waren vorher nicht hysterisch im Sinne einer Erkrankung, sie haben auch keinen hysterischen Charakter aufgewiesen. Soweit meine anamnestischen Erhebungen in den geschilderten und den übrigen mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten Erfolg gehabt haben, hat es sich jeweils um früher besonders aufgeweckte, schlagfertige Naturen gehandelt, die sich rasch überall

zurechtgefunden und beliebt gemacht haben, die aber auch eine weitgehende Neugier und eine gewisse Boshaftigkeit zu allen möglichen Streichen und frühen Erfahrungen, z. B. auf sexuellem Gebiet geführt hat. Ob da ein gemeinschaftlicher Zug herauszufinden ist, der für die Lösung der Frage von Belang ist, ist schwer zu sagen. Leichte Auffassung, ein vorwiegend positiver, heiterer Affekt kann festgestellt werden, aber ob das genügt, um bei einer nachher eintretenden Affekterkrankung eine Erklärung der Eigenart dieser Erkrankung zu geben? Den Eindruck hat man bestimmt, daß es sich um klügere, also assoziationsreichere Menschen handelt, die unter Umständen einen besonderen Affekttypus vor der Erkrankung gar nicht gezeigt haben. Krankengeschichten gebildeter Hebephrenen weisen verhältnismäßig häufig psychogene Störungen auf. Ich möchte aber betonen, daß die Art der Bildung nur für den Inhalt der krankhaften Erscheinungen verantwortlich gemacht werden kann, und daß das Vorkommen der Erscheinungen überhaupt im besten Falle von der Fähigkeit, leicht und gut zu assoziieren, abhängig gemacht werden kann, d. h. von einer guten Kombinations- und Urteilsfähigkeit, die wir bei schlechtem Kenntnisstand, bei Ungebildeten, oft viel zu sehr unterschätzen.

Fast wichtiger als die zuletzt erwogene Frage ist die Schilderung der Beziehung der beiden Erkrankungen zueinander in Entstehung, Verlauf und Ausgang. Die praktischen Beispiele haben wir gesehen, es soll noch eine theoretische Erläuterung folgen. Wenn wir uns noch einmal vergegenwärtigen, daß das Verwandte der beiden Erkrankungen darin liegt, daß es sich beidemal um Affekterkrankungen handelt, so werden wir verstehen, daß, nachdem die „Komplexe" der Hysterie gefunden und gedeutet waren, man auch das Mysterium der Dementia praecox in Komplexwirkung gesucht hat. Die Theorie *Jungs* darüber ist sehr geistreich ausgedacht, trägt aber dem nicht genügend Rechnung, was wir oben betont haben, daß die beiden Krankheiten aneinander nicht meßbar sind, daß wir es bei der einen, der Hysterie, lediglich um die quantitative Störung des Zwischenstücks zwischen Reizaufnahme und der die Wirkung auslösenden Station zu tun haben, ohne daß diese primär geschädigt sind. Bei der Hebephrenie dagegen liegt eine, sagen wir einmal mit *Kraepelin*, durch Autointoxikation bedingte Schädigung höchstwahrscheinlich beider

Stationen, der Reiz aufnehmenden und der Wirkung auslösenden, statt, so daß also das entstehende Produkt schon als krankhafter Komplex aufgefaßt werden müßte, und den können wir wieder nicht verstehen. Ich halte es auch für verkehrt, psychosexuelle Verwandtschaften oder Unterschiede zu konstruieren; mag das Sexuelle bei der Hysterie oft und viel die Hauptrolle spielen, bei der Dementia hebephrenica tritt es stark hervor, weil die Affekte für feinere Hemmungen und damit diese selbst in Wegfall kommen und nun mehr oder weniger die von einem intensiver erscheinenden Affekt begleiteten Triebe hervortreten können, ohne daß vorher die Vorstellung von sexuellen Dingen im Bewußtsein oder Unterbewußtsein stärker vorhanden war.

Bei der einen Krankheit handelt es sich um einen eigenartigen Destruktionsprozeß, der es fertig bringt, daß das psychische Produkt dissoziiert erscheint, daß zwar eine reine Verstandesarbeit möglich ist, daß aber jeder Affekt bei ihr verloren geht. Bei der anderen wird das psychische Geschehen immer von einem wirklichen Affekt geleitet und beeinflußt. Daraus geht hervor, daß, wenn beides kombiniert auftritt, der wirksame Affekt der Hysterie seine Haupttätigkeit im Anfang entfalten wird, wo noch am meisten Affektivität erhalten ist, ja, daß, er vielleicht da noch sehr gesteigert werden kann in bestimmter Richtung, während andere Affekte schon verloren gehen. Wir haben das oben von den Trieben bei Geisteskranken erwähnt, und so kann auch wohl ein derartiger Affekt die Leitung behalten, der einer bestimmten Vorstellung zu Beginn der Krankheit Überwertigkeit verleiht. Eines geht aber ganz unweigerlich aus unserer Auffassung der beiden Krankheiten hervor, daß das destruierte Gehirn des Hebephrenen oder sein psychischer Effekt, die affektive Verblödung, nicht mehr den Boden für eine Hysterie abgeben kann. Wo bestimmte Vorstellungen sich überhaupt nicht mehr halten können wegen ihres Affektmangels, da wird sich auch keine Vorstellung mehr bilden, die psychogene Wirkungen auszuüben vermag: Im affektlosen psychischen Leben ist keine Affektkrise, keine Hysterie, mehr möglich.

Die Ähnlichkeiten der zwei Erkrankungen sind auch rein psychologisch oberflächliche, tatsächlich streben sie gerade nach entgegengesetzten Richtungen, die eine bedeutet Affektlosigkeit, die andere Affekttyrannisierung. Immer behält erstere den Sieg bei, da sie auf einem progressiven Hirnleiden fußt. Die Schnelligkeit, mit der der Hysterie ein Ende bereitet wird, hängt sozusagen von der Bösartigkeit der Hebephrenie und von der Intensität der Hysterie ab. Ist letztere sehr heftig, erstere langsam verlaufend, so werden die Erscheinungen der ersteren lange herrschen und recht bösartige Krankheitsbilder verursachen, von denen der Patient selbst sehr geplagt ist; im umgekehrten Fall gerät der Kranke eben rasch unter Herrschaft seiner irreparablen Erkrankung und verliert bald das Gefühl für die tiefe Veränderung, die sein Geistesleben durchmacht, wie wir das bei jedem gewöhnlich verlaufenden Fall von Hebephrenie zu sehen gewöhnt sind. Man gewinnt dabei aus unseren beiden ersten Krankheitsgeschichten den Eindruck, daß der Verlauf der kombinierten Psychose nicht nur ein einwandfrei schwerer, sondern auch ein länger hingestreckter ist; Bestimmtes läßt sich da natürlich nicht sagen, da individuelle Schwankungen viel zu groß sind und wir somit nicht sagen können, ohne Komplikation hätte der Gang zur Verblödung kürzer gedauert.

Wir kommen damit zum Schluß und zu einer kurzen Feststellung der Ergebnisse:

1. Die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen uns, wie kompliziert die Symptomenbilder bei der Hebephrenie und Hysterie sein können, und wie schwierig infolge äußerlicher Ähnlichkeiten in der Symptomatologie die Differentialdiagnose werden kann. Es bedarf des Nachweises, daß ein Symptom rein endogen bzw. rein durch ein affektbetontes Moment bedingt ist, um sich für die eine oder andere der Krankheiten zu entscheiden; ferner muß der klinische Verlauf zur Diagnose herangezogen werden; daher ist die Mög-

lichkeit der Frühdiagnose fast zur Unmöglichkeit geworden.

2. Es gibt aber auch Kombinationen beider Krankheiten: a) zu einer vorher bestehenden Hysterie tritt Hebephrenie; b) die Hebephrenie bildet das auslösende Moment einer hysterischen Störung.

Solche Krankheitsbilder zeigen sich ebenfalls sehr verwickelt, aber sehr markant abstechend von den Verlaufsformen der einfachen Seelenstörung Hebephrenie.

3. Im Endzustand schwindet die Hysterie unter der für Hebephrenie charakteristischen gemütlichen Verblödung.

1. *Birnbaum*, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildung bei Degenerativen. Halle 1908.
2. —, Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerativen. Ztrlbl. f. Nervenheilkunde 1909.
3. —, Frage der psychogenen Krankheitsformen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1910, Bd. 1.
4. —, Frage der psychogenen Krankheitsformen. Ebd. Bd. 7, 1911.
5. *Bleuler-Jung*, Komplexe und Krankheitsursachen bei Dem. praecox. Ztrbl. f. Nervenheilkunde 1908.
6. *Bleuler*, Wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten. Ebd. 1909.
7. *Bonhöffer*, Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht zur Hysterie zu rechnen sind? Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 68.
8. *Gaupp*, Zur Frage der kombinierten Psychosen. Ztrbl. f. Nervenheilkunde 1903.
9. —, Begriff der Hysterie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 5, 1911.
10. *Hellpach*, Untersuchungen zur Psychologie der Hysterie. Ztrlbl. f. Nervenheilkunde 1903.
11. *Heß*, Über hysterisches Irresein. (Referat.) Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1902.
12. *Isserlin*, Über *Jungs* „Psychologie der Dementia praecox". Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1907.
13. *Jung*, Die *Freud*sche Hysterietheorie. Mtschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 1908.

14. *Kaiser*, Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 58 u. 59.
15. *Kraepelin*, Psychiatrie. 7. u. 8. Auflage.
16. *Löwenfeld*, Bemerkungen zur Hysterieforschung. Ztrlbl. f. Nervenheilkunde 1903.
17. *Lückerath*, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 68.
18. *E. Meyer*, Bemerkungen zu *Jung*: Über die Psychologie der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. Bd. 43.
19. *S. Meyer*, Hysterietheorie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 5, 1911.
20. *Nissl*, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1902.
21. *v. Romberg*, Über Wesen und Behandlung der Hysterie. D. med. Wschr. 1910.
22. *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl.
23. *Specht*, Hysteromelancholie. Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1906.
24. *Storch*, Bemerkungen zu *Nissls* Aufsatz. Ztrlbl. f. Nervenheilk. 1902.
25. *Stransky*, Zur Entwicklung und zum gegenwärtigen Stand der Lehre von der Dem. praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 8, 1912.
26. *Strümpell*, Spezielle Pathologie und Therapie. 17. Aufl.
27. *Ziehen*, Psychiatrie. 4. Aufl.

Lebenslauf.

Der Verfasser, Fritz Kreuser, wurde geboren am 27. Juni 1889 in Winnenden, O. A. Waiblingen, als Sohn des damaligen Sekundärarztes Dr. Heinrich Kreuser. Ich besuchte die Volksschule in Schussenried, das humanistische Gymnasium in Ravensburg, das Realgymnasium in Stuttgart, wo ich im Sommer 1907 die Reifeprüfung bestand. Die fünf ersten Semester meines medizinischen Studiums verbrachte ich in Tübingen, im ersten davon kam ich meiner Militärpflicht nach, am Schluß des fünften bestand ich das Physikum (Februar 1910). Im Sommersemester 1910 und 1911 studierte ich in Kiel, im Wintersemester 1910/11 in Berlin, und vom Wintersemester 1911/12 ab wieder in Tübingen, wo ich von Oktober bis Dezember 1912 das medizinische Staatsexamen erledigte. Seit 16. Dezember 1912 bin ich als Medizinalpraktikant an der Heilanstalt Winnental tätig.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, am Schlusse meiner Arbeit meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. R. Gaupp, für seine Anregungen und Unterstützungen, ebenso meinem Vater, Herrn Medizinalrat Dr. H. Kreuser, für die Freiheit, die er mir im Studium meiner Krankheitsfälle gewährte, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.